

51(4) 2
4 72

Н.А. Магазаник

Искусство общения с больными



МЕДИЦИНА

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТОК
СРОКОВ ВОЗВРАТА

КНИГА ДОЛЖНА БЫТЬ
ВОЗВРАЩЕНА НЕ ПОЗЖЕ
УКАЗАННОГО ЗДЕСЬ СРОКА

Колич. пред. выдач.

25/11/94

13.02.00

10.10.00

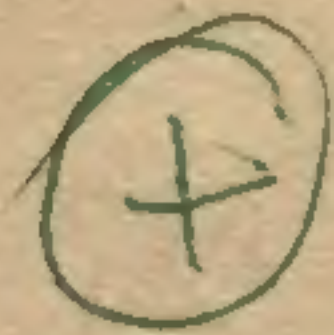
29.08.07

2.10.03

~~12.08.07~~
12.08.07

3 ТМО Т 3600000 3 3412-88

48178-2



Н.А. Магазаник

51.1(2)
м 12

Искусство общения с больными



Москва
„Медицина“ 1991

ББК 58.51.1(2)
М12

Рецензенты: Б. В. ПЕТРОВСКИЙ, академик
АН СССР, В. К. ВЕЛИКОВ, доцент кафедры внут-
ренних болезней I ММИ



Магазаник Н. А.

М12 Искусство общения с больными. — М.: Медицина.
1991. — 112 с.
ISBN 5-225-00435-0

В книге изложены приемы, помогающие врачу завоевать доверие и расположение больного. Показано, как снять необоснованные страхи больного и добиться психологической приемлемости необходимого лечения. Рассмотрены наиболее трудные в психологическом отношении ситуации: как вести себя с умирающим больным, с заболевшим врачом, с больным, сопротивляющимся выписке из стационара, и др. Книга содержит много примеров из врачебной практики автора.

Предназначена для молодых врачей всех специальностей.

М 4101000000—1279—91
039(01)—91

ISBN 5-225-00435-0

ББК 58

© Н. А. Магазаник, 1991

ПРЕДИСЛОВИЕ

Будучи молодым в
диагностике и лечении
знания по специально
душевный мир пацие
ного. Однако, если о
приемов и лекарств
то вопросы психотерап
в то время создалось
это терапия второго
действовать, а не рас
ного сердечная недост
то строфантин внутри
верняка и не потреб
же болезнь не распоз
но, ничего не остается
как ее применять даже
казалось, что психотера
Что касается неврозов,
патологи, ведь я — тера
Через 3 года посл
тута я поступил в
обычайно повезло:
прекрасного врача
тора Абрамовича К
опытнее меня и,
больше, чем мно
восходство з
и опыте. С
жила, что
ние одной
подавалась
чем помоч
глаза, что
все больн
рамович т
лату, он

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
БОЛЕЗНЬ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ	7
ПЕРВЫЙ КОНТАКТ С БОЛЬНЫМ	15
КАК РАССПРАШИВАТЬ БОЛЬНОГО	17
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ	28
БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ВЫЯСНЕНИЯ ДИАГНОЗА	34
«Неприятный» больной	58
Умиравший больной	64
«Упирающийся» больной (сопротивление выписке из ста- ционара)	72
Заболевший врач	81
Диагностика невротических расстройств в общеврачебной практике	87

Монография

Норберт Александрович Магазаник
ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ .

Зав. редакцией И. В. Туманова
Редактор Т. П. Клусова
Художественный редактор Д. Б. Краснобаев
Технический редактор Н. М. Клепикова
Корректор Л. А. Сазыкина

ИБ № 6119

Сдано в набор 13.07.90. Подписано к печати 04.01.91. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бумага кн.-журн. офсетная. Гарнитура Литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,88. Усл. кр.-отт. 6,09. Уч.-изд. л. 6,54. Тираж 100 000 экз. Заказ 1985. Цена 1 р.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

170000, г. Тверь, Студенческий пер., 28. Областная типография.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Будучи молодым врачом, я прилежно читал книги по диагностике и лечению, стараясь усовершенствовать свои знания по специальности. Были там и советы учитывать душевный мир пациента, лечить не болезнь, а больного. Однако, если описания болезней, диагностических приемов и лекарственных доз были четки и понятны, то вопросы психотерапии освещены расплывчато. У меня в то время создалось впечатление, что психотерапия — это терапия второго сорта; если диагноз ясен, надо действовать, а не рассуждать. Например, если у больного сердечная недостаточность с отеками и одышкой, то строфантин внутривенно и мочегонные помогут наверняка и не потребуются никаких разговоров. Если же болезнь не распознана или неизлечима, то, конечно, ничего не остается, кроме психотерапии (впрочем, как ее применять даже в таких случаях, я не знал). Мне казалось, что психотерапия — это признак бессилия врача. Что касается неврозов, то ими пусть занимаются невропатологи, ведь я — терапевт!

Через 3 года после окончания медицинского института я поступил в клиническую ординатуру. Мне необычайно повезло: я стал работать под руководством прекрасного врача и благороднейшего человека Виктора Абрамовича Каневского. Он был старше и гораздо опытнее меня и, естественно, больные доверяли ему больше, чем мне. Но вскоре я убедился, что его превосходство заключалось не только в огромных знаниях и опыте. Однажды утром перед обходом сестра доложила, что минувшей ночью вновь ухудшилось состояние одной из наших больных, которая и раньше не поддавалась лечению. Слушая это, я впал в отчаяние: чем помочь несчастной женщине? Как посмотреть ей в глаза, что ей сказать, как показаться в палате, где все больные видят твою беспомощность? Виктор Абрамович тоже был расстроен. Но вот мы входим в палату, он садится у постели этой больной, несколько

минут молчит, с состраданием глядя на нее, вздыхает и искренне говорит: «Бедная, как же тяжело было вам этой ночью!» (а я побоялся бы говорить об этом и сделал бы вид, что ничего плохого не произошло). «Ну, что ж, займемся делом». Я вижу, Виктор Абрамович вроде бы еще ничего не сделал, даже пульс не успел пощупать, но больной уже легче, исчезло выражение враждебности и отчуждения. Каневский тщательно обследует ее, задает вопросы, и как будто невзначай, подчеркивает мелкие детали, которые имеют положительное значение. «Стало быть, зуд стал поменьше? Отлично! И стул был! Хорошо!». Обращаясь ко мне, он говорит: «Экстрасистол сегодня определенно меньше, да и давление хорошее». Я понимаю, что все это не имеет решающего значения, но больной становится легче. Самое главное, Виктор Абрамович не обманывает ее — она и сама ощущает перебои и знает, что сегодня их меньше. В заключение он говорит: «Голубушка, конечно, положение трудное, но все-таки сдаваться мы с вами не будем. Кое-что в лечении надо будет изменить, а там посмотрим. К сожалению, быстрых успехов ждать не приходится, но безнадежным ваш случай никак не назовешь». Тут же он делает соответствующие распоряжения, кратко объясняя нам, молодым врачам, механизм действия новых лекарств (а в действительности незаметно посвящая больную в свои планы и тем показывая ей, что он не обескуражен и знает, что делать дальше), и не только она, но и я приободряемся и готовы к дальнейшим трудностям. Больные на соседних койках с обожанием и верой смотрят на моего учителя, и я начинаю понимать, что, для того чтобы стать настоящим доктором, мало вызубрить симптомы болезней и дозировку лекарств, надо уметь общаться с больным человеком... Впоследствии Виктор Абрамович удостоил меня своей дружбой, и я долгие годы имел счастье наблюдать, восхищаться и учиться его необыкновенному искусству врачевания. Ему и посвящаю эту книгу.

хотерапии, исключая
в этом случае врач
действиями и слова
роком смысле — бла
мое личностью — бла
хику больного.
в этой книге рас

хотерапии, исключая разве что больного в коме (да и в этом случае врач не должен забывать, что за его действиями и словами наблюдают больные по соседству). Слово «психотерапия» я здесь использую в широком смысле — благоприятное воздействие, оказываемое личностью врача и всем его поведением на психику больного.

В этой книге рассматриваются психотерапевтические аспекты повседневной работы практического врача. Мы не будем касаться таких специальных методов психотерапии, как гипноз, аутогенная тренировка и т. п. Во-первых, они требуют специальной подготовки врача, во-вторых, они показаны только при некоторых конкретных ситуациях. В отличие от них те приемы и особенности врачебного поведения, которые будут здесь рассмотрены, нужны для лечения любого больного в любых обстоятельствах, точно так же как правила асептики и антисептики используют всегда, при любом хирургическом вмешательстве.

Лучшие врачи во все времена понимали огромное значение сознательного воздействия в лечебных целях на психику больного человека. В 1820 г. М. Я. Мудров писал: «Есть и душевные лекарства, которые врачуют тело». Позднее, в 1836 г., еще определеннее выразился И. Е. Дядьковский: «Самым важнейшим средством, в коим нуждаются страждующие, есть нравственная сила убеждения». К концу XIX в. относятся слова Г. А. Захарьина: «Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача... к которому нет доверия». В наше время этой проблемой глубоко занимались такие клиницисты, как А. Ф. Билибин, Н. Н. Блохин, А. И. Воробьев, Т. С. Истаманова, И. А. Кассирский, Р. А. Лурия, Б. В. Петровский, В. В. Рожнов, Е. И. Чазов и многие другие.

В последние десятилетия появилось много превосходных книг, специально посвященных медицинской психологии, деонтологии и психотерапии; в частности, совсем недавно (1988) вышло в свет руководство «Деонтология в медицине» в 2 т. под редакцией Б. В. Петровского. Однако проблема общения врача с больными рассматривается в большинстве этих книг в целом, недостаточно освещаются практические детали. А ведь именно они решают успех или неудачу в каждом от-

дельном случае. Недаром для становления врача нужны не только учебники, описывающие различные болезни, но и клинические лекции, разборы, показывающие, как применить полученные знания к конкретным больным.

Предлагаемая вниманию читателей книга не претендует на освещение всех вопросов психологии врачебного поведения, это лишь попытка поделиться с молодыми врачами теми навыками, приемами, маленькими «секретами», которые автору посчастливилось приобрести за 35 лет врачебной работы. Конечно, такой подход неизбежно приводит к фрагментарности. Некоторые проблемы остались незатронутыми именно из-за специфики личного опыта (стационарные и амбулаторные больные преимущественно с заболеваниями легких и сердца). Однако дополнять книгу, дописывая с чужих слов или же домысливая свое поведение в незнакомых ситуациях, значило бы лишить ее главной особенностью: все изложенное здесь является результатом длительных личных поисков и размышлений, постоянного, на протяжении всей жизни, усердного изучения специальной литературы, многократно проверено автором и постоянно используется им в повседневной лечебной работе.

Я обращаюсь к молодым читателям этой книги с горячим призывом интересоваться литературой по врачебной деонтологии, медицинской психологии и психотерапии. Как бы ни была далека на первый взгляд избранная вами область клинической медицины от этих вопросов, знакомство с ними обогатит вас и поможет вырасти из узкого специалиста во Врача.

БОЛЕЗНЬ КАК П

Рассмотрим простую
весело бегают, но во
ссадина, он горько
болевых рецепторов
пошли по чувствитель
далее — в гипоталаму
снять боль у малыша
проводниковую анесте
левых импульсов с п
вающие или наркоти
или морфия, чтобы ум
ре, можно, наконец, д
ключить сознание. Од
физиологии, ей неведом
разен арсенал противос
просто берет ребенка
целует и дует на боль
ются тотчас, а еще че
ся как ни в чем не бы
ни поцелуй, ни обдуван
раздражения чувствитель
торитет всемогущей защ
возникший при ушибе:
мама меня любит, знач
Итак, если ребенок перес
сомненно продолжающую
значит, что плач и страх
болью, сколько страдан
опасным. В данной клиниче
сама по
ров,

БОЛЕЗНЬ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ

Рассмотрим простую житейскую ситуацию. Ребенок весело бежит, но вот он споткнулся, упал, на колене ссадина, он горько плачет. Ушиб вызвал раздражение болевых рецепторов кожи, соответствующие импульсы пошли по чувствительным нервам в спинной мозг и далее — в гипоталамус, в кору головного мозга. Как снять боль у малыша? Можно применить местную или проводниковую анестезию, чтобы прервать поток болевых импульсов с периферии; можно дать обезболивающие или наркотические средства типа анальгина или морфия, чтобы уменьшить восприятие боли в центре, можно, наконец, дать наркоз, чтобы полностью выключить сознание. Однако мать ребенка не изучала физиологии, ей невдомек, насколько богат и разнообразен арсенал противоболевых средств в медицине. Она просто берет ребенка на руки, нежно обнимает его, целует и дует на больное место. Рыдания прекращаются тотчас, а еще через минуту малыш снова резвится как ни в чем не бывало. Что же произошло? Ведь ни поцелуй, ни обдувание ушиба не могут прекратить раздражения чувствительных нервов! Ласка матери, ее авторитет всемогущей защитницы сняли у ребенка страх, возникший при ушибе: мама рядом, мама спокойна, мама меня любит, значит мне ничего не угрожает. Итак, если ребенок перестал плакать, несмотря на несомненно продолжающуюся болевую импульсацию, это значит, что плач и страдания были вызваны не столько болью, сколько страхом перед чем-то непонятным и опасным. В данной клинической картине главное место занимает не боль сама по себе, т. е. раздражение соответствующих рецепторов, а сложная психическая реакция на ощущение боли. Вот почему поведение матери является прекрасной и исключительно эффективной психотерапевтической мерой.

Очевидно, что чем бы ни заболел человек, какие бы неприятные ощущения (боль, одышка, тошнота, зуд, жар,

озноб и т. п.) он ни испытывал, он страдает также от тревоги, страха, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств. Он не понимает, что с ним случилось, он не уверен, смогут ли ему помочь доктора, он тревожится за свое будущее. Не имея медицинских знаний, он нередко создает превратное представление о своей болезни и оказывается во власти нелепых страхов. Например, колющие боли в голове, явно связанные с раздражением поверхностных, кожных нервов, он принимает за предвестники паралича; при выпадении пульса или экстрасистоле он боится, что сердце совсем остановится; для многих больных диагноз «инфаркт» представляется катастрофическим: то ли сердце может разорваться, то ли оно уже никогда не будет хорошо работать. Я уже не говорю о страхе, что болезнь окажется раком.

Вот характерный случай, рассказанный мне одним из моих друзей, у которого возникла типичная почечная колика, бывавшая у него и ранее, но в отличие от прошлых приступов этот сопровождался рвотой. Больной испугался: он решил, что рвота указывает на второе, более грозное заболевание — аппендицит или инфаркт. А ведь ему уже 55 лет, он заканчивает докторскую диссертацию, в перспективе новая, более престижная и высокооплачиваемая должность, а на руках у него большая семья. Легко представить, как мучительна такая тревога: перед ним вдруг разверзлась бездна! К счастью, у него под рукой оказался популярный медицинский справочник, где было написано, что рвота очень часто сопровождает почечную колику. Мой друг тотчас успокоился, не стал даже вызывать неотложную помощь, самостоятельно купировал приступ горячей ванной и лег спать. Представим, что он вызвал врача, робко поделился с ним своими опасениями, а тот — по неопытности или по склонности к перестраховке — ему в ответ: «Да, вы правы, надо обязательно снять ЭКГ, а до тех пор надо соблюдать строгий постельный покой». — «Стало быть, и доктор предполагает инфаркт! Плохо мое дело. А вдруг еще и камень не отойдет, будет нужна операция, а как ее делать, если у меня инфаркт?» И вот в тоске и тревоге больной проведет несколько дней, пока его не освободят от гнетущей неизвестности. А если вдобавок на ЭКГ окажутся небольшие неспецифические изменения, которые будут истолкованы чрезмерно осторожным доктором как указания на ишеми-

ческую болезнь сердца, то больной окончательно сломится и из бодрого, энергичного человека превратится в унылого завсегдатая поликлиники... Но ведь врач мог поступить по-другому. Допустим, при первичном осмотре на дому было действительно трудно исключить острое заболевание сердца, хотя гораздо больше данных было за связь рвоты с отхождением камня. Конечно, сделать ЭКГ в такой ситуации полезно, но зачем выдавать больному свои опасения, к тому же мало обоснованные? У больного нет одышки, нет ритма галоп и экстрасистол, тоны сердца звучные, давление хорошее, в легких нет застойных хрипов, стало быть, если даже и есть инфаркт, то он невелик и прогностически благоприятен. А раз так, то можно сказать больному: «Я думаю, вы тревожитесь напрасно. Сердце у вас хорошее, живот также не внушает опасений, рвота вызвана почечной коликой. На всякий случай ЭКГ мы сделаем, но я уверен, что она окажется нормальной. Пока побудьте дома, полежите, но инфарктный режим я вам не назначаю: ешьте за столом, ходите в туалет, днем можно посидеть и в кресле» (больной ведь не знает, что при инфаркте подобный режим вполне допустим). Такие слова не только снимут грызущую, мучительную тревогу, но и предупредят эмоциональный подъем артериального давления, и может быть, и стенокардию нервного напряжения.

Не лучше обстоит дело, если больным оказывается врач: он вспоминает все возможные, пусть даже очень редкие осложнения, подозревает, что коллеги не говорят ему всей правды, увы, он знает, как часто лечение оказывается неэффективным.

Нередко тревога и страх главенствуют в клинической картине, и потому разумнее всего начать лечение именно с психотерапевтического воздействия. Можно, конечно, возразить, что если снять первичный патологический процесс, вызвавший эмоциональную реакцию, то она исчезнет сама собой без всякой психотерапии. Но, во-первых, часто болезнь так доброкачественна, что нет смысла «наваливаться» на больного сильными и не всегда безопасными средствами: выздоровление наступит самостоятельно даже без лекарств, если успокоить и приободрить больного. Во-вторых, при множестве хронических заболеваний у нас нет пока радикальных средств (атеросклероз, бронхиальная астма, гипертония и т. п.). И если мы не в состоянии полностью ликви-

ровать причину, то обязаны снять или хотя бы уменьшить психические напластования, которые усугубляют болезнь и нередко тягостнее для больного, чем сама болезнь.

Известно, что хронические и длительные заболевания являются особенно тяжелым испытанием. Неизбежные при этом отрицательные эмоции существенно влияют на всю клиническую картину.

Характерно, что все исследования по клинической апробации новых лекарств неизменно сталкиваются с эффектом плацебо: ■ любой группе больных есть такие, которые благоприятно реагируют не на реальное лекарство, а на индифферентное вещество, предлагаемое для контроля под видом лекарства. О частоте этого феномена можно судить по следующей таблице, суммирующей результаты многочисленных исследований такого рода [Schneller, 1980].

По-видимому, на плацебо реагируют больные, у которых психологическое напластование особенно велико, хотя органический компонент болезни выражен не менее, чем у других. Это обстоятельство объясняет те поразительные результаты, которых иногда добиваются различные неортодоксальные методы лечения (голодание, экстрасенсы и т. п.). В основе «чудесных» исцелений лежит неосознанный психотерапевтический фактор.

Как правило, популярность каждого из этих «методов» быстро исчезает. Однако всякий раз на смену дискредитированным увлечениям тотчас приходят новые, не менее причудливые. Живучесть тяги к необычному говорит о постоянной, глубинной потребности больного человека не только в медицинской (лекарства, операции), но и в психологической помощи и поддержке. И если представитель ортодоксальной медицины, не понимая этого, бездушно ограничивается простым выписыванием рецепта, то разочарованный больной нередко уходит к знахарю и там сполна получает то, что мы ему не додали...

Я навсегда запомнил больных, которые чуть ли не каждую ночь вызывали нас, клинических ординаторов, по поводу болей в области сердца; они так часто получали инъекции, что возникала мысль о пристрастии к наркотикам. Для того чтобы проверить это, мы делали инъекции физиологического раствора. Нередко это помогало, и тогда мы торжествовали: симулянт или нар-

Таблица. Плацебо-эффект в различных патологических состояниях

Патологические состояния	Число больных
Головная боль	458
Мигрень	490
Бессонница	34
Неврозы	13
Алкоголизм	21
Стенокардия	34
Дисменорея	8
Ревматизм	35
Гипертония	24
Рассеянный склероз	15

коман изобличен! Рассуждаю, каивается после индифферентной какой боли у него не было, чем, что он сильно страдает, потребность в наркотике.

Теперь я смотрю на то, что любая инъекция сама по себе является более эффективным средством, чем таблетка. Ночью, когда охватывающих моментов делают невыносимой, больной жаждет помощи, он просит «уколов» (физическое раздражение) незначительной дозы физиологического раствора; инъекция может дать на некоторое время эффект. Стало быть, если больной симулянт или истинно физиологического раствора, что он симулянт или истинно физиологического раствора, основывается совсем на другом.

Если боли в психотерапии и не снимаются нитроглицерином, то следует подумать о спондилезе, пристрастии к длительному лежанию, палатная грудная клетка, соответствующая и болевому случаю. Все это будет соответствующим и болевому случаю. Все это будет соответствующим и болевому случаю.

Т а б л и ц а. Плацебо-эффект при различных патологических состояниях организма

Патологические состояния	Число больных	Число исследований	% положительной реакции на плацебо	
			в среднем	пределы
Головная боль	4588	9	61,9	46—95
Мигрень	4908	5	32,3	0—58
Бессонница	340	3	7	0—8
Неврозы	135	6	34	0—61
Алкоголизм	210	5	22	10—50
Стенокардия	346	10	18	0—57
Дисменорея	88	4	24	11—60
Ревматизм	358	8	49	14—84
Гипертония	240	9	17	0—60
Рассеянный склероз	152	3	24	0—73

коман изобличен! Рассуждали так: если больной успокаивается после индифферентной инъекции, значит, никакой боли у него не было. Либо ему надо доказать врачам, что он сильно страдает, либо у него уже возникла потребность в наркотике.

Теперь я смотрю на это по-другому. Несомненно, что любая инъекция сама по себе в глазах больного является более эффективным лечебным средством, чем таблетка. Ночью, когда одиночество и отсутствие отвлекающих моментов делают боль особенно тягостной и невыносимой, больной жаждет быстрой и энергичной помощи, он просит «укола». Если реальная боль (болевое раздражение) незначительна, то поможет и просто физиологический раствор; даже при сильной боли такая инъекция может дать на время некоторое облегчение. Стало быть, если больной успокаивается после инъекций физиологического раствора, это вовсе не значит, что он симулянт или истерик; диагностика симуляции основывается совсем на других критериях. Такой больной нуждается в психотерапии.

Если боли в области сердца часто возникают ночью и не снимаются нитроглицерином до прихода дежурного врача, то следует подумать о мышечном, или вертеброгенном (спондилез), происхождении этих болей вследствие длительного лежания в неудобной позе. Тщательная пальпация грудной клетки обнаружит в таком случае соответствующие болевые точки, больного можно будет успокоить и дать ему таблетку аспирина или анальгина. Все это займет не больше 5 мин, но мы не

только облегчим страдание, но и предотвратим развитие пристрастия к наркотическим средствам.

Даже если врач полагает, что в данном случае надо заниматься не влиянием на психику, а «настоящим» лечением, то опыт показывает, что и здесь все не так-то просто. Допустим, по поводу какой-то инфекции следует назначать эритромицин. Средняя (не максимальная!) суточная доза взрослого равна 1,5 г, т. е. 15 таблеток по 0,1 г! Естественно, больному кажется, что ему предлагают «лошадиную» дозу, и он либо совсем не принимает лекарство, либо принимает его в гораздо меньшей и, стало быть, неэффективной дозе. Если больной доверяет врачу (а завоевать доверие и есть один из элементов искусства психотерапии) или если врач предусмотрительно рассеял недоверие больного, объяснив ему, что доза вовсе не чрезмерна, только тогда можно быть уверенным, что назначение будет выполнено; в обоих случаях для выздоровления необходима психотерапия.

Другой пример. При многих хронических заболеваниях требуется длительный и регулярный прием лекарств. Психологически это очень трудно, больной устает и часто прекращает лечение, не веря в его эффективность. Но если он видит, что врач по-настоящему убежден в важности своих назначений (а это надо уметь показать больному!), то вероятность успеха сильно возрастает. И наоборот, если врач, наспех обследовав больного, скажет равнодушным голосом: «Принимайте по 1 таблетке 3 раза в день». — «А сколько времени, доктор?» — «Да месяца 2 или 3. До свидания». В таком случае больной либо не станет лечиться у этого доктора, либо забросит лекарство через несколько дней.

Точно так же обстоит дело и в хирургии — области, казалось бы, далекой от психотерапии. Трагические иногда отказы больных от операции объясняются тем, что хирург не смог рассеять необоснованные страхи, не сумел убедить больного в жизненной необходимости операции, не сумел вызвать у него веру в благоприятный исход. Известный французский хирург Лериш рассказывал, что его — тогда еще молодого врача — пригласили проконсультировать знаменитого маршала Фоша. После осмотра он посоветовал операцию. Маршал сказал ему: «Я обращался ко многим медицинским светилам, они тоже предлагали оперироваться, но я не соглашался. Сейчас я хочу, чтобы эту операцию

сделали вы, потому что вы первый, кто говорил со мной, глядя мне прямо в глаза: вам я поверил». Таким образом, недостаточно быть только хорошим хирургом. Врач, пренебрегающий психотерапией, как бы стоит на одной ноге: утомительно, неудобно и бессмысленно!

Вот еще пример из практики, показывающий, к чему приводит пренебрежение психологическим фактором болезни. В Боткинскую больницу поступила женщина лет 35 из далекого грузинского селения с жалобами на боли в животе. Боли длились уже более 10 лет, были постоянными — держались с утра до вечера ежедневно, не были связаны ни с приемом пищи, ни со стулом, ни с менструацией, ни с телодвижениями, не имели четкой локализации. Уже в начале беседы мне стало ясно, что боли такого характера не удастся объяснить какой-либо органической патологией кишечника, придатков, брюшины и т. п. Обращало на себя внимание печальное выражение лица больной. При дальнейшем расспросе выяснилось, что она давно замужем, но детей у нее нет. Бесплодие огорчает всякую женщину, но в деревне с патриархальным укладом, многодетными семьями оно вызывает особенно травмирующие, унижительные переживания. Я поэтому подумал, что сущностью болезни является невротическое расстройство и что помочь в такой ситуации мы, к сожалению, не сможем.

Действительно, при тщательном всестороннем обследовании не было обнаружено никакой патологии, только ирригоскопия показала, что сигмовидная кишка значительно удлинена. Консультировавший больную опытный хирург диагностировал долихосигму и предложил ей операцию. Я был удивлен таким заключением и долго спорил с хирургом. Во-первых, долихосигма — врожденный дефект, и если бы симптомы были связаны с нею, то они должны были бы длиться не 10 лет, а всю жизнь. Во-вторых, каким образом может долихосигма вызвать боли? Либо вследствие перерастяжения кишки каловыми массами, но тогда опорожнение кишечника должно давать хотя бы временное облегчение; либо вследствие перекрута чрезмерно подвижной петли на длинной брыжейке, но тогда боли были бы перемежающимися, очень сильными и повторно давали бы картину странгуляционной непроходимости. Ничего подобного у больной не наблюдалось. Хирург не опровергал моих

возражений, но упорно стоял на своем. Больная ухватилась за сделанное ей предложение, и я был вынужден перевести ее в хирургическое отделение. Операция прошла успешно, женщина довольная уехала домой, но... через год вновь поступила в больницу с теми же жалобами. Дальнейшая ее судьба мне неизвестна, возможно, теперь ее жалобы стали объяснять послеоперационными спайками...

Врач всегда, осознает он это или нет, производит на больного какое-то впечатление, которое и является основой психотерапии. Поэтому тот врач, который считает, что ему психотерапия не нужна, все равно оказывает воздействие на психику своих пациентов, только это психотерапия с отрицательным знаком: она вредит и больному, и врачу.

По моим наблюдениям, лишь немногие врачи сознательно, постоянно и активно используют это ценнейшее средство в своей практике. Любопытный вопрос: почему врачи, как правило, не любят лечиться, когда заболевают сами? Не потому ли, что в глубине души мы относимся несколько скептически к целебной силе большинства лекарств? Откуда этот скепсис? Ведь это совершенно не значит, что мы цинично обманываем больных и назначаем медикаменты лишь для видимости. Нет, этот факт показывает, что подсознательно каждый врач ощущает исходящее от него психотерапевтическое воздействие, которое в сочетании с фармакологическим действием и дает целебный эффект. Назначив лекарство самому себе, врач принимает его без этой существенной добавки и потому не ожидает большого проку от «чистого» лекарства. Итак, психотерапия является неотъемлемой частью любого врачебного действия.

Известный психиатр Балинт остроумно заметил, что «лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной врачебной практике, является сам врач. Другими словами, важны не только пузырек с микстурой или коробочка с таблетками, но и та манера, с которой врач прописывает их больному и даже атмосфера, в которой лекарство назначается и принимается».

Добросовестный врач всю жизнь совершенствуется в своих оперативных навыках, углубляет свои познания в области диагностики, фармакологии и лечения. Как же в таком случае не наблюдать и не размышлять повседневно о том действии, которое он, врач, оказывает

на психику своих пациентов, как не совершенствовать владение этим могущественным орудием психотерапии, которое у него постоянно в руках!

Вот как о роли психотерапии писал известный немецкий психиатр Эрнст Кречмер в своей книге «Медицинская психология»: «Психотерапия является одним из главных видов деятельности врача. В бесконечно многих случаях прибегают к помощи врача не потому, что нужно или возможно основательное лечение тела, но для того, чтобы он помог пациенту и его семье изжить связанные с болезнью негативные эффекты: боязнь, ипохондрию, заботу, неопределенность, безнадежность. Большую часть всех предписаний в части диеты и лекарств требуют от врача для того, чтобы иметь сознание оказанного судьбе противодействия, чтобы выйти из парализующего чувства бессилия, чтобы достигнуть в неверной игре хотя бы некоторых шансов на выигрыш, чтобы хотя и мало надежными средствами, при постоянной перемене лечения поддерживать в себе сознание борющегося, еще не побежденного человека...

...Итак, мы видим: не врач решает, будет он заниматься психотерапией или нет. Просто он занимает такое положение в обществе, что каждый ожидает от него психотерапии и воспринимает ее. Он воздействует психотерапевтически не потому, что он этого хочет, а потому, что этого хотят его пациенты. Врач всегда оказывает сильное воздействие на психику, и единственное, что он может свободно выбрать, — это влиять ли ему в положительном или отрицательном смысле, на пользу или во вред больному».

ПЕРВЫЙ КОНТАКТ С БОЛЬНЫМ

Диагностический процесс для врача начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, походки, особенностей речи и т. п. Однако нельзя забывать, что и больной с первых мгновений оценивает врача. Разница в том, что, если врач видит каждого пациента на фоне бесконечной вереницы больных, то для больного врач — человек необычный, уникальный, которому он вверяет свое благополучие, а то и жизнь. Поэтому он пытливо и с особым пристрастием изучает врача. Создающееся у него впечатление является фундаментом будущего психотерапевтического влияния. Вспомним известное изречение: «Если больному не стало

легче после первой же встречи с врачом, то это плохой врач».

Как же вести себя, чтобы выдержать этот придирчивый экзамен с честью? Пожилому врачу в этом отношении легче, на него «работают» его стаж, седина, известность, звание: больной заранее готов отнестись к нему с доверием. Молодому врачу труднее, он должен преодолеть естественное подозрение в неопытности. Но не надо падать духом. Ведь больной не может оценить вашу компетентность, особенно при кратком общении; это доступно лишь профессионалу. Больной изучает своего врача прежде всего как человека: добр ли он, внимателен ли, участлив, спокоен или суетлив (ведь в любом деле мастера видно по его уверенности и неторопливости). Стало быть, оказать первоначальное благоприятное впечатление под силу и молодому врачу, если только он будет вести себя должным образом и помнить, что он подобен артисту на сцене: его внешность, жесты и слова постоянно, придирчиво анализируются и оцениваются больным.

Начнем с внешнего вида («по одежке встречают...»). Больной, как правило, считает, что хороший врач целиком отдает себя своей профессии, у него нет ни времени, ни интереса следить за новинками моды; врач, по его мнению, должен быть одет скромно и просто. Кроме того, медицина всегда ассоциируется с чистотой, да и вообще можно ли представить себе неряху мастером своего дела. Вот почему врач обязательно должен быть опрятен и чистоплотен. Это касается и одежды, и прически, и рабочего места. Еще Гиппократ советовал: «Мудрость должно усматривать следующим образом: если у кого нет изысканного и тщеславного украшения, ибо из одеяния — приличного и простого, сделанного не для излишнего хвастовства, а для доброй славы — вытекает серьезность и соответствие с самим собой как в мыслях, так и в походке. Каковы они по внешнему виду, таковы они и в действительности: не склонны к развlecениям, дельны, в собраниях людей серьезны...» Если молодой врач хочет ослабить недоверие больного к своей неопытности, он не должен потакать невинному желанию юности принарядиться. Все кричащее, бросающееся в глаза неуместно и должно остаться за стенами больницы.

Перейдем теперь к беседе с больным. С первых слов надо создать впечатление приветливости, участия, го-

товности помочь. Равнодушие или равно-
невнимательность здесь не
нован или страдает от
чала усложнить его. По-
час, голубчик. Я постара-
чала мне надо вас осмел-
росов, так что потерпите
впадать в противоположн-
тания вредны, во-первых,
но тяжких страданиях бол-
ний, а реальной помощи.
ются больные с истерическ-
дущие поразить врача ко-
и если поддаться этой су-
ставить представление о су-
Даже если вы торопите

допустить, чтобы больной
посмотрите при подсчете
расспрос и обследование
случае пунктов, договорит
обследовании в более удоб-
по-настоящему тревожна,
ного коллеге, либо полнос-
завшись от ранее намече-
вать больному своей уста-
если усталость — результат
вы спасали жизнь не оди-
ний ваш пациент также
ноценную помощь, чем друг

КАК РАССПРАШИВАТ

При собирании анамне-
дают однотипную ошибку.
робный рассказ и не на-
делается это из благого
сказаться. Однако больно-
тали его рассказа по-на-
за и лечения, а какие не-
Например: «Доктор, забле-
телевизора вечером, это
субботу 21-го, смотрю хо-
Жена говорит: «Что хо-
замы

товности помочь. Равнодушный тон, сухое обращение, невнимательность здесь губительны. Если больной взволнован или страдает от боли, одышки, необходимо сначала успокоить его, пообещать помочь, например: «Сейчас, голубчик, я постараюсь вам помочь, только сначала мне надо вас осмотреть и задать несколько вопросов, так что потерпите немного». При этом нельзя впадать в противоположную крайность — аханье и причитания вредны, во-первых, потому, что при действительно тяжких страданиях больной ждет не просто утешений, а реальной помощи. Во-вторых, нередко встречаются больные с истерическим складом характера, жаждущие поразить врача колоссальностью своей болезни, и если поддаться этой суггестии, то трудно будет составить представление о существе дела.

Даже если вы торопитесь, ни в коем случае нельзя допустить, чтобы больной почувствовал это: на часы посмотрите при подсчете пульса, незаметно сократите расспрос и обследование до самых важных в данном случае пунктов, договоритесь с больным о повторном обследовании в более удобное время. Но если ситуация по-настоящему тревожна, то надо либо передать больного коллеге, либо полностью заняться больным, отказавшись от ранее намеченных планов. Нельзя показывать больному своей усталости или недомогания, даже если усталость — результат бессонного дежурства, когда вы спасали жизнь не одному больному. Ведь теперешний ваш пациент также хочет получить не менее полноценную помощь, чем другие.

КАК РАССПРАШИВАТЬ БОЛЬНОГО

При собирании анамнеза молодые врачи часто делают однотипную ошибку, выслушивая чрезмерно подробный рассказ и не направляя его в нужное русло. Делается это из благого побуждения дать больному высказаться. Однако больной часто не знает, какие детали его рассказа по-настоящему важны для диагноза и лечения, а какие не имеют к этому отношения. Например: «Доктор, заболел я месяц назад. Сажу я у телевизора вечером, это было, как сейчас помню, в субботу 21-го, смотрю хоккей, и вдруг мне стало плохо. Жена говорит: „Что с тобой?“ А мне все нехорошо, прямо спазмы какие-то. Тогда она говорит: „Давай, вызовем скорую помощь“. А ■ говорю: „Дай-ка мне

лучше валидола". Дала она валидол — никакого толку. Тогда я принял нитроглицерин, потом но-шпу, потом валокордин, а потом вызвали скорую помощь. Приехал молодой доктор, сделал укол и сразу уехал: у них ведь всегда много вызовов. А мне лучше не становится. Мы снова вызвали скорую. На этот раз приехал другой доктор, постарше, он и говорит...» В этом рассказе много бытовых подробностей, но нет ни одной, которая помогла бы выяснить сущность эпизода: было ли это нарушением ритма (перебои, сердцебиение, характер пульса), приступом стенокардии (сжатие за грудиной, холодный пот), острой левожелудочковой недостаточностью (одышка, кашель, хрипы в груди), острой мышечно-скелетной болью (невозможность глубоко вдохнуть и переменить положение) и т. д.

Конечно, больному хочется, чтобы врач выслушал его подробно, но подробности в нашем примере только утомят внимание врача, притупят его интерес и поглотят львиную долю времени, отведенного для данного случая. Даже если молодой врач, не желая обидеть больного, терпеливо выслушает длинный и бестолковый рассказ, это вовсе не значит, что больной проникнется к нему необходимым доверием: ведь каждый знает, что у хорошего врача больных много, он всегда занят, и если доктор не жалеет своего времени, значит он не нарасхват и вряд ли он настоящий мастер.

Как же поступать в подобных случаях? Надо позволить больному в течение 2—3 мин свободно рассказывать о том, что он считает нужным. При этом, кстати, можно оценить интеллект, память и уровень развития больного, некоторые особенности его характера, что позволит выбрать подходящий тон в дальнейшей беседе. Затем, особенно если рассказ слишком беден нужной информацией, как в нашем примере, надо начать четко задавать конкретные простые вопросы. Сначала больной, недовольный тем, что его прервали, кратко и нехотя ответит на вопрос и попытается вновь вернуться к своему повествованию. Тогда ему можно сказать: «Погодите, не торопитесь. Мне все-таки очень важно знать, через какое время вам стало легче от нитроглицерина — через 2—3 мин или через 15—20?» — «Не помню, и на часы не посмотрел. Так вот, приехала скорая помощь...» — «Одну минуту. От нитроглицерина „ударило“ в голову?» — «Да». — «А боль в сердце прошла до этого

или гораздо позже?» — «Да, доктор, ■ голову-то ударило сразу, ■ боль прошла минут через 10». Ясно, что нитроглицерин в данном случае был неэффективен и, стало быть, этот эпизод либо не приступ стенокардии, либо это уже инфаркт. В результате у врача возникают новые вопросы, которые и надо задать. Так, повторно останавливая больного ■ умело направляя его рассказ, можно получить четкое представление о ходе болезни.

Разочарование больного быстро пройдет, как только он увидит, что врач вовсе не равнодушен и прерывает его не потому, что спешит; просто его интересуют какие-то другие подробности, которым сам больной не придает значения. Чем настойчивее врач будет расспрашивать о конкретных деталях болезни («А какая была боль — схватками или постоянная?», «Какого цвета мокрота — желтая или серая?», «Что вы называете головокружением — вас пошатывало, как пьяного, или все кругом вращалось, как на карусели?»), тем быстрее больной убедится, что врач ищет что-то очень важное, и с доверием станет ему помогать. Кстати, постоянный интерес к конкретным деталям и особенностям каждого случая является важнейшим способом приобрести то знание естественного хода болезни, которое позволяет опытному врачу ставить диагноз уже во время расспроса.

Прием переключения монолога на диалог очень помогает, если имеешь дело с мнительным, ипохондрическим больным, явившимся на прием с ворохом анализов ■ ЭКГ за многие годы и с толстой тетрадью, где записаны все детали болезни и все диагнозы. Даже если диагноз становится предельно ясным уже через несколько минут (например, типичный инфаркт миокарда ■ прошлом, осложнившийся тяжелым неврозом), всегда можно найти такие вопросы, которые, с одной стороны, позволят прервать бесконечное словозвержение, а с другой — помогут выявить дополнительные детали, важные для дальнейшего лечения. Например, переносимость различных конкретных лекарств в прошлом; принимал ли больной ранее средства, которые вы хотели бы назначить. Или, скажем, нет ли у больного вдобавок еще и депрессивного синдрома («Хорошо ли вы спите?», «Легко ли вы встаете утром?», «Когда вы чувствуете себя лучше, бодрее — утром, днем или вечером?», «Как ваше настроение?»).

Вопросы, задаваемые больному, всегда должны быть ясными и простыми, иначе больной, не поняв и постеснявшись переспросить, даст неправильный ответ и тем собьет врача с правильного пути. Нередко больные отвечают на вопрос утвердительно просто потому, что им кажется, что врач ждет от них именно такого ответа, в особенности если вопрос похож на подсказку, то есть имеет суггестивный характер: «А боль отдавала в левую руку?». Вместо того, чтобы спросить: «Есть ли у вас одышка при ходьбе?», лучше спросить: «Если вы опаздываете, можете ли вы подбежать к остановке или быстро перейти улицу?». — «Нет, я уже давно не могу быстро ходить». — «Что же вам мешает: вы устаете, или ноги болят, или одышка появляется, или сердце начинает сильно биться?». В этом примере последний вопрос является альтернативным: он дает возможность выбрать ответ. Альтернативные вопросы особенно ценны тем, что позволяют избежать неправильных ответов, вызванных суггестией или непониманием.

Нередко больные перегружают свой рассказ подробным перечислением дат и сроков пребывания в различных больницах, а молодой врач, ошибочно считая это столь же важным, торопливо, не разгибая спины, записывает в блокнот «подробный анамнез». Из внимательного, вдумчивого и благожелательного слушателя он превращается в писаря. При этом врач лишает себя непосредственного общения с больным — важнейшего условия психотерапии. Вот почему надо взять себе за правило — не делать записей во время беседы с больным, а внимательно слушать и почаще смотреть ему в глаза. Как же запомнить весь анамнез, ничего не записывая по ходу расспроса, как выделить наиболее важное в нем? Ответ прост: самое главное — это получить представление о клинической картине болезни, т. е. о совокупности всех жалоб и ощущений больного, а также о ходе болезни во времени. Тогда все факты логически свяжутся друг с другом, их последовательность станет легко обозримой и хорошо уляжется в памяти. Ведь в сущности не так уж важно, был ли инфаркт у больного 5 или 7 лет назад или в скольких больницах он лечился (это может иметь значение разве что в случае необходимости получить выписку из истории болезни); зато исключительно важно знать, при какой нагрузке возникает у него стенокардия, не участилась ли она, не уменьшилась ли в последнее время

его выносливость, а
вращения и когда он
Некоторые больные
всех диагнозов, которые
медицинских учреждений.
«Доктор, я к вам прише
ской болезни...». Врача
решать не то, что говори
ходит в организме боль
нозы предыдущих обследо
серьезной помехой на эт
поддавшись авторитету со
вольно сокращает свою
может вслед за другими
Здесь опять-таки гораздо
на выяснение клинической
ному: «Подождите, сейча
вас беспокоит, что мешае
расскажете про свои ди
лишь импонировать, ибо
лает самостоятельно, без
ности болезни. И только
создалось собственное м
предыдущими заключения
выводы окажутся другими
но проанализирует ход св
ся, на чьей же стороне ис
нейшее обследование (ф
он проведет с особой тща
Во время беседы с боль
ему свои предварительные ди
как бы ни казались они очеви
крепкий мужчина лет 40, жа
сердца. Он встревоженно гов
стенокардия, плохо дело?» Пр
боли длительные, многочасов
повороты туловища, не связ
кой, больной бегают без всяк
давление нормальное. Невольн
кайт его, сказав: «Да что
ное, это просто мышечные б
обследования могут бы
устягивать, которые бы
ил...

его выносливость, есть ли у него недостаточность кровообращения и когда она появилась и т. п.

Некоторые больные делают акцент на перечислении всех диагнозов, которые были установлены в различных медицинских учреждениях, и то и просто начинают так: «Доктор, к вам пришел по поводу своей ишемической болезни...». Врача должно в первую очередь интересоваться не то, что говорили другие врачи, а что происходит в организме больного. Сообщаемые ему диагнозы предыдущих обследований могут даже оказаться серьезной помехой на этапе первого знакомства, ибо, поддавшись авторитету солидных учреждений, врач невольно сокращает свою диагностическую активность и может вслед за другими пойти по неправильному пути. Здесь опять-таки гораздо выгоднее перевести расспрос на выяснение клинической картины. Можно сказать больному: «Подождите, сейчас нам важно выяснить, что вас беспокоит, что мешает вам жить, а уж потом вы расскажете про свои диагнозы». Такой подход будет лишь импонировать, ибо больной увидит, что врач желает самостоятельно, без подсказок разобраться в сущности болезни. И только в конце, когда у врача уже создано собственное мнение, надо поинтересоваться предыдущими заключениями. И если его собственные выводы окажутся другими, он с придирчивостью повторно проанализирует ход своих мыслей, чтобы разобраться, на чьей же стороне истина; равным образом и дальнейшее обследование (физикальное, инструментальное) он проведет с особой тщательностью.

Во время беседы с больным не следует высказывать ему свои предварительные диагностические предположения, как бы ни казались они очевидными. Например, перед вами крепкий мужчина лет 40, жалующийся на боли в области сердца. Он встревоженно говорит: «Доктор, это, наверное, стенокардия, плохо дело?» При расспросе выясняется, что боли длительные, многочасовые, усиливаются при вдохе и поворотах туловища, не связаны с физической нагрузкой; больной бегаёт без всякой одышки, артериальное давление нормальное. Невольно хочется побыстрее успокоить его, сказав: «Да что вы, сердце у вас отличное, это просто мышечные боли». Однако при объективном обследовании могут быть обнаружены, скажем, стеноз устья аорты, который, как известно, долго протекает бессимптомно, или изменения рубцового характера на ЭКГ; врач окажется в неловком положении, его автори-

тет в глазах больного упадет. Давать советы и рекомендации, делать заключение надо только после окончательного обследования. Тогда слова врача приобретут особую значимость и убедительность.

Во время беседы с больным ни в коем случае не осуждайте ошибки предыдущих врачей, даже если они кажутся вопиющими. Это вовсе не «ложная солидарность». Во-первых, неизвестно, правильно ли излагает суть дела сам больной; во-вторых, нам неизвестны те основания, которые побудили критикуемого врача поступить так, а не иначе; наконец, обсуждая других врачей, мы вовсе не прибавляем авторитета себе. Больной справедливо посчитает, что если ошибались прежние врачи, то ведь и нынешний может ошибиться, а потому не стоит доверять и ему. Мудрый человек никогда не злословит! Есть восточная поговорка: «Хороший ученик не смеется над ошибками учителя, он учится на них».

Выяснив анамнез настоящего заболевания, переходят к изучению общего анамнеза. Здесь объем беседы сильно варьирует. Так, если болезнь острая, скоротечная или доброкачественная, незначительная и вряд ли имеет корни в далеком прошлом, то эта часть анамнеза будет иметь характер общей краткой ориентировки. Напротив, при неясном заболевании общий анамнез приходится собирать особенно подробно в надежде найти какую-нибудь путеводную нить.

Однако в любом случае, даже при нехватке времени, необходимо задать несколько вопросов, которые позволят понять личность больного. Ведь такие обстоятельства, как одиночество, неудачный брак, потеря или тяжелая болезнь близкого человека, бездетность, серьезный конфликт в семье или на работе, сильнейшим образом сказываются на душевном состоянии человека и существенно модифицируют не только клиническую картину, но и нередко особенности лечения.

Воздействие психических факторов даже на явно соматические заболевания огромно.

Вот несколько наблюдений. Ко мне обратилась женщина лет 50 с типичной стенокардией напряжения. На веках у нее были большие холестериновые бляшки — ксантелазмы. Я спросил, давно ли они появились. Оказалось, что впервые она заметила несколько мелких пятнышек 5 лет назад, через несколько месяцев после смерти горячо любимой матери. Год назад, когда умер отец и она вновь сильно горевала, эти пятнышки как-то очень быстро

(за 2—3 мес.) увеличились в размерах и их стало гораздо больше. Вскоре у нее появилась стенокардия. Я был поражен этим простодушным рассказом, более поучительным, чем десяток экспериментов на животных. Ведь обычно мы думаем, что отложение холестерина в интима сосудов — это медленный и непрерывный процесс, вроде образования накипи или ржавчины. Здесь же было видно, что образование бляшек может идти скачкообразно и резко ускоряться под воздействием сильных отрицательных эмоций.

Вспомним в этой связи, что старые люди «разваливаются» и умирают от той или иной болезни не сразу после ухода на пенсию или утраты близкого человека, когда, казалось бы, нервное потрясение особенно велико, а обычно спустя несколько месяцев. Значит, горе или тоска могут вызвать не только незамедлительную реакцию в виде спазма артерии, бронхов или желчных протоков; под влиянием душевного надлома начинает быстро прогрессировать атеросклероз либо расстраиваются механизмы иммунной защиты, либо нарушается гормональная регуляция и т. п. Для того чтобы проявились последствия этих глубинных процессов, требуется определенное время.

Другой пример. Часто больные с уже перенесенным инфарктом, т. е. с бесспорно органической ишемической болезнью, отмечают, что их стенокардия напряжения становится гораздо легче, когда они живут на даче или в санатории: там они свободно совершают длительные прогулки и ходят гораздо быстрее, чем в городе. Сами больные объясняют это «чистым воздухом». Но вот один мой пациент — известный художник с довольно тяжелой стенокардией напряжения, вынужденный останавливаться каждые 100—200 м, — получил приглашение поехать в Италию. Там он без усталости ходил по Риму и многочисленным музеям, почти не пользовался нитроглицерином, а ведь воздух в Риме загрязнен уж никак не меньше, чем в Москве! Ясно, что причина такого улучшения заключается в снятии тревог, спешки, досады, раздражения, короче — в хорошем настроении.

Конечно, мы не можем изолировать больного от жизненных неприятностей, но снять его нередко преувеличенные страхи перед болезнью, ободрить его, дать ему уверенность, что он находится в надежных руках, — все это не менее важно, чем назначить β -адреноблокаторы или нитраты пролонгированного действия. Для того чтобы сделать это, надо не только аускультировать сердце и

рассматривать ЭКГ, надо побеседовать с больным и выяснить, что он за человек, все ли благополучно у него на работе и в семье, какие заботы терзают его.

В еще большей степени надо учитывать психические факторы при функциональных расстройствах. Вот еще один памятный случай.

Когда я был молодым врачом, моим пациентом оказался выдающийся ученый, страдавший гипертонической болезнью. У нас быстро установились дружеские отношения, и я обычно несколько задерживался в его палате для интересной беседы. Однажды утром, измерив артериальное давление, я не снял манжету и направил разговор на интересовавшую меня тему, касающуюся прошлого моего больного. Очень давно он был несправедливо обвинен и посажен в тюрьму. Впоследствии был полностью реабилитирован и достиг еще больших научных и служебных успехов, стал академиком. Я думал, что этот эпизод полностью исчерпан и вряд ли может волновать его. Действительно, он рассказывал эту историю с юмором, добродушно и спокойно. Не прерывая его рассказа, я вновь измерил давление: со 160/95 мм рт. ст. оно поднялось до 240/130. Затем я перевел нашу беседу на сугубо научную проблему, занимавшую тогда нас обоих, и вновь измерил давление: оно снизилось до исходной величины 160/90.

Итак, даже, казалось бы, спокойное воспоминание о давно пережитом эпизоде, не вызывавшем уже гнева или горечи, вызвало резкий подъем артериального давления, чего больной даже не почувствовал. Насколько же сильнее должны влиять (и влияют) на артериальное давление отрицательные эмоции — отчаяние, страх, гнев и др.

Через 10 лет, когда этот больной умер, у его жены появилась лабильная гипертония, причем резкие подъемы давления возникали как будто без всякой видимой причины. Один из таких кризов закончился кровоизлиянием в сетчатку. Возник же этот криз в день годовщины смерти мужа, после посещения ею его могилы!

Любой врач знает, что при первичном измерении артериального давления оказывается, как правило, выше, чем в дальнейшем; это объясняется волнением больного. При этом часто упускают из виду, что в повседневной жизни то и дело возникают ситуации потяжелее, с гораздо большим эмоциональным напряжением, чем врачебный осмотр! Обследуя больного с повышенным давлением, нужно задаваться вопросом, каким фактором обусловлено развитие

гипертонии (почечным, гормональным и т. п.), но заниматься этими диагностическими тонкостями можно только после того, как выяснены обстоятельства жизни больного и его реакция на них! Вот иллюстрация к сказанному.

В больницу им. С. П. Боткина поступила женщина 43 лет с жалобами на частую головную боль, одышку при быстрой ходьбе и высокое артериальное давление. Заболела она сравнительно недавно, года 2 назад, давление сразу стойко установилось на высоких цифрах без существенных колебаний: 200—230/100—120 мм рт. ст. Беседуя с больной, я сразу обратил внимание на ее спокойствие, уравновешенность, добродушие, приветливость. Все это резко противоречило привычной картине гипертонической болезни, где часто имеются внутреннее напряжение, тревога, вспыльчивость, мнительность, дистрофия и другие невротические черты; эти больные нередко рассказывают об удручающих их заботах или конфликтах, ■ гипертония очень лабильна ■ сильно зависит от нервно-психических факторов. Я тут же решил «пощупать», все ли так благополучно в жизни этой больной, как кажется. При дополнительных вопросах выяснилось, что сон у нее отличный (очень важный показатель душевного спокойствия!), семья дружная, дети помогают по хозяйству, муж непьющий, работой своей она довольна. Выходило, что «зацепиться» было не за что; все это решительно говорило против эссенциальной гипертонии (гипертоническая болезнь). В таком случае надо было поискать ■ анамнезе указания на почечную гипертонию. В ответ на специально поставленные вопросы выяснилось, что при предыдущих обследованиях анализы мочи были нормальными, никтурии нет, окраска мочи на протяжении дня колеблется от светло-соломенной до цвета крепкого чая (т. е. концентрационная функция почек, очевидно, также нормальна). Таким образом, двустороннее заболевание почек становилось маловероятным. Побеседовав с больной 5—7 мин, я после аускультации легких ■ сердца сместил фонендоскоп ниже и сразу же обнаружил в левом подреберье довольно громкий систолический шум. Уже через 2 дня была сделана аортография, подтвердившая резкий стеноз левой почечной артерии на протяжении 1 см. Вскоре больная была оперирована ■ Институте сердечно-сосудистой хирургии им. акад. А. Н. Бакулева АМН СССР по поводу реноваскулярной гипертензии.

У датского художника Х. Бидструпа есть шуточный рисунок, на котором изображены муж ■ жена перед

витриной магазина женского платья. Жена замечает все детали и особенности каждого платья, кроме цены. Напротив, муж видит лишь таблички с различными ценами на смутных очертаниях совершенно одинаковых манекенов. Так ■ некоторые врачи видят лишь неисправный клапан сердца, или язву в двенадцатиперстной кишке, или пневмический фокус в легком, или воспаленный червеобразный отросток на бледном нейтральном фоне фигуры больного. Какая же это исполная, бедная и убогая картина, и как много теряет такой врач!

При наблюдении за больным нередко можно заметить его тревогу, возбуждение, суетливость, печаль в глазах и прочие внешние признаки душевного неблагополучия. Не проходите мимо этих молчаливых призывов о помощи! Они означают, что наш пациент нуждается не только ■ таблетках или уколах, но и в ободрении, утешении, успокоении — словом, в психотерапии.

Внешнее спокойствие больного может быть всего лишь маской, скрывающей его испуг, отчаяние, тоску. Задавать вопросы больному нужно деликатно. Если сразу спросить: «Как вы считаете, вы нервный человек или нет?», «Не испытываете ли вы беспричинный страх или тревогу?», «Каково ваше настроение?» и т. п., то больной заподозрит, что врач хочет все списать на «нервы» и, сопротивляясь, даст неправильные ответы.

Лучше начать с вопроса: «Как вы спите, хорошо или плохо?». Редко можно встретить больного неврозом, не страдающего бессонницей. Вслед за этим можно «прощупать» наличие депрессии¹, которая характеризуется, помимо тоски, такими симптомами, как утренняя слабость, понижение интереса к жизни, утомляемость. Вот вопросы, которые я обычно задаю: «Легко ли вы встаете утром?», «Когда вы чувствуете себя лучше, бодрее — утром, днем или вечером?», «Бываете ли вы ■ кино, в гостях или вам никуда не хочется ходить?», «Часто ли болит голова?», «Бывает ли у вас внутренняя дрожь, вроде озноба, какое-то напряжение?». Только получив утвердительные ответы на какие-то из этих вопросов, сочувствен-

¹ Различают эндогенную и невротическую депрессию. Последняя обычно связана с явными психотравмирующими обстоятельствами и потому встречается ■ практике врача-интерниста весьма часто. Эндогенная же депрессия бывает гораздо реже, но характеризуется тенденцией ■ самоубийству. Заподозрив эндогенную депрессию, следует организовать консультацию психиатра.

но говорю: «Вы, наверное, часто нервничаете и тревожитесь... А настроение-то как у вас — подавленное? Ничего не хочется?» При такой последовательности беседы больной чувствует, что врач интересуется не только болезнью, но и его душевным миром, его заботами; он проникается доверием и благодарностью к врачу, видя в нем человеческое участие. И тогда больной вдруг может сказать: «Доктор, ведь я недавно жену похоронил» или «Вы знаете, эти боли в сердце у меня появились, когда у меня на глазах умер от инфаркта мой знакомый». Эти несколько слов, как молния, сразу освещают всю клиническую картину. Обогащенный таким признанием, врач более критически отнесется к какому-нибудь мелким изменениям на ЭКГ или к другой объективно выявленной патологии и сможет поставить «сбалансированный» диагноз, где будут правильно учтены как органический, так и невротический компоненты болезни.

Врачи-психоаналитики выясняют у своих больных мельчайшие интимные детали сексуальной жизни. При этом должна быть внутренняя готовность больного рассказывать об этом постороннему человеку. Иначе вопросы такого рода вызовут недоумение, протест и негодование. Поэтому психотерапевтически ориентированный врач общей практики может поступить совсем по-другому. Достаточно спросить: «Семья у вас дружная? Муж не обижает?» или «Нет ли у вас каких-либо конфликтов на работе или дома?» Если какое-то неблагополучие имеется, то даже по тону ответа это можно легко почувствовать. Конкретные детали драмы не так уж важны, главное — отметить для себя душевное неустройство. Нередко в дальнейшем, когда удастся завоевать полное доверие, вас посвятят во все подробности конфликта без всякого нажима с вашей стороны.

Поскольку здесь иногда приходится затрагивать очень чувствительные струны, то вопросы надо формулировать особенно деликатно. Например, вы сначала спросили молодую женщину: «Вы замужем?» и получили отрицательный ответ. Но если у нее были внебрачные беременности или есть дети, то ваш последующий вопрос на эту тему вгонит ее в краску стыда: она может подумать, что вы осуждаете ее с моральной точки зрения. Вот почему здесь уместнее начать с вопроса о менструации (т. е. с «чисто медицинского» вопроса), затем, по очевидной для больной ассоциации, спросите: «Были ли у вас беременности и роды, есть ли дети?» Вопрос о заму-

жестве может быть неприятен для некоторых женщин, поэтому можно спросить: «Велика ли у вас домашняя нагрузка? Что у вас за семья? С кем вы живете?». Такие вопросы не отдают нездоровым любопытством, носят подчеркнуто медицинский характер и позволяют быстро и безболезненно ориентироваться.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Итак, анамнез выяснен, попутно удалось узнать некоторые важные детали жизни больного. При правильной тактике уже на этом этапе больной начинает чувствовать, что его мечта — попасть к внимательному, участливому, деликатному доктору — вроде бы начинает сбываться. Теперь, во время объективного обследования, надо показать ему, что он имеет дело еще и с опытным, знающим, уверенным в себе врачом. Больной и здесь продолжает пытливо наблюдать. Конечно, он видит лишь внешнюю сторону перкуссии, аускультации, пальпации, но может сравнивать манеру обследования разных врачей (кстати, это следует делать и самому врачу всю жизнь, чтобы неустанно совершенствоваться!). Кроме того, не надо иметь медицинского образования, чтобы увидеть, что обследование было поверхностным или небрежным. («Доктор только приподнял мою рубашку и раза два ткнул трубочкой в сердце, даже давление не измерил», «Приложилась трубочкой к груди, а сама болтает — разве так можно что-нибудь услышать?»). Наконец, даже в неизвестной нам обстановке, разве мы сразу не отличаем мастера по сноровке, отсутствию суеты, ловкости движений, по их очевидной целесообразности и последовательности! Вот почему, проводя физикальное обследование, постоянно оставайтесь на чеку: вы не только добываете важные сведения для диагноза, но и продолжаете оказывать на больного психотерапевтическое воздействие, и надо стремиться, чтобы это воздействие по-прежнему оставалось положительным.

При физикальном обследовании врач вступает в непосредственный контакт с больным. Даже само прикосновение мягкой и уверенной руки врача оказывает успокаивающее, благотворное действие. Больной ощущает, буквально осязает, что наконец-то помощь близка. Хотя бы даже поэтому физикальное обследование никогда нельзя будет заменить самыми совершенными приборами. Как же

с выгодой использовать этот громадный психотерапевтический потенциал?

Больной должен почувствовать, что его обследовали основательно, внимательно и всесторонне. Естественно, обследование отличается по направленности в зависимости от возникших у врача в процессе расспроса, диагностических предположений. Так, при подозрении на пневмонию главное внимание будет уделено перкуссии и аускультации легких, при подозрении на рак желудка — пальпации живота и периферических лимфатических узлов и т. п. Понятно, обследование зависит и от времени, которым располагает врач, и от срочности (неотложности) ситуации. Всегда необходимо провести пусть минимальную, но разностороннюю ориентировку. Это нужно не только для психотерапии, этого требует здравый смысл. Как-то ночью из приемного покоя Боткинской больницы в терапевтическое отделение доставили больную с предположительным диагнозом «острая коронарная недостаточность». Это была старая женщина, несколько заторможенная и оглушенная, с осунувшимся бледно-цианотичным лицом и нитевидным пульсом. Она жаловалась на несильные боли в животе, и потому в приемном покое ее осмотрел дежурный хирург, опытный врач с большим стажем работы. Никаких данных за острый живот не оказалось, и больную перевели в терапевтическое отделение. При обследовании легких, сердца и живота не удалось обнаружить никаких патологических отклонений, которые могли бы объяснить очень тяжелое состояние больной. Однако чем непонятнее клиническая картина, тем детальнее и всесторонне должно быть обследование. Я откинул одеяло, которым была укрыта больная, и увидел мертвенно-бледные ноги с мраморным цианотическим рисунком. Пульс не прощупывался даже на бедренных артериях — эмболия в бифуркацию аорты! Я позвонил в приемный покой, вызвал этого хирурга, он ахнул, увидев эту картину, стал ругать себя за легкомыслие и немедленно перевел больную в хирургическое отделение.

Даже в условиях массового амбулаторного приема врач-терапевт вполне может за 3—4 мин (проверено!) провести хотя бы такой примерный минимум общего ориентировочного обследования у каждого первичного больного: осмотр склер и конъюнктив (анемия, желтуха), пальпация щитовидной железы и шейных лимфатических узлов, осмотр языка и ротовой полости, кистей рук и ногтей,

пальпация области сердца (а у женщин обязательно и молочных желез), аускультация сердца и легких, измерение артериального давления, пальпация живота, пульса на стопах и проверка, нет ли отека на голенях. Все это занимает очень мало времени, но больной видит, что его осмотрели буквально с головы до ног. Даже если физикальное обследование и не дает ничего существенно нового для диагноза, сам факт обстоятельного осмотра позволяет врачу с чистой совестью и настоящей, непоказной уверенностью высказать больному свое мнение, которое после такого обследования будет воспринято больным с доверием. М. С. Вовси с улыбкой говорил: «Сколько нужно времени, чтобы услышать сердечный шум? 2—3 секунды. Но ведь больной этого не знает, поэтому я прикладываю фонендоскоп и считаю в уме до 40».

Особенно важно проводить тщательное физикальное обследование мнительных больных, ипохондриков, потенциальных жалобщиков. Скажем, уже расспрос показывает, что у больного, по-видимому, невроз. Он фиксирует свое внимание на неприятных ощущениях и запуган гипотетической болезнью сердца; именно поэтому я не поленюсь проперкутировать границы сердца, выслушаю сердце в положении стоя, и лежа, и на левом боку; обязательно попрошу больного задержать дыхание при аускультации одной из точек, даже если дыхательные шумы и не мешают; прерву аускультацию, чтобы демонстративно исправить положение олив фонендоскопа и слуховых проходах для «лучшей слышимости»; пульс буду считать не менее полминуты, артериальное давление измерю на обеих руках, словом, покажу больному, что его сердце обследовано придирчиво и крайне добросовестно. И если после этого я скажу больному, что ничего плохого я не нашел, что сердце у него гораздо лучше, чем кажется ему или другим врачам, и что прогноз вполне благоприятен, то такие слова будут выслушаны с доверием и облегчением. Равным образом при диспепсических жалобах, помимо нарочито детального расспроса о пищевых привычках и о стуле, методично пропальпируйте все квадранты живота, определите границы печени, тщательно поищите край селезенки, внимательно осмотрите язык (кстати, знаменитый американский врач Кебот заметил, что осмотр языка дает врачу гораздо меньше, чем думают окружающие, но больные неврозом высовывают его «до отказа», ибо привыкли каждый день рассматривать его в зеркале). Несколько дополнительных минут, истраченных на такое

обстоятельное, добросовестное, старательное обследование, не только избавят вас от конфликтов и жалоб в будущем, но нередко окажутся решающим фактором в установлении контакта и в оказании помощи больному, снимут его недоверчивость и даже озлобленность.

Обследование надо проводить сосредоточенно, молча, пресекая попытки больного продолжить в это время беседу, особенно при аускультации: больной должен видеть, что врач целиком поглощен своим поиском и что мешать ему нельзя. По той же причине при осмотре в многоместной палате надо требовать от окружающих полной, вернее, благоговейной тишины, создавая атмосферу врачебного священнодействия. Только при пальпации живота можно, чтобы отвлечь внимание пациента, затеять с ним разговор. Здесь инициатива должна исходить от врача: разговор этот является диагностическим актом.

Особенно важно провести скрупулезное и полное физикальное обследование, если диагноз неясен. Даже если ничего существенного не будет найдено, вы сможете, не стыдясь, сказать больному, что диагноз остается пока неясным и что необходимы дополнительные исследования. Такая откровенность импонирует больному; он видит, что врач добросовестен и серьезен и что дело в объективных трудностях (редкое или атипично протекающее заболевание). Он по-прежнему останется вашим союзником и с готовностью согласится на все предлагаемые методы исследования, даже если они неприятны или тягостны.

Кстати, если при неясном заболевании физикальное исследование не обнаруживает патологии, я никогда не упускаю случая сказать: «Я очень тщательно осмотрел вас, но ничего плохого не нашел. Какое у вас заболевание, я пока не знаю, но либо болезнь не опасная, либо она еще не причинила большого вреда, так что еще ничего не потеряно. Конечно, надо будет сделать несколько специальных исследований, но падать духом не следует». Действительно, последующие анализы и наблюдение часто оправдывают подобный оптимизм.

Зачем делиться с больным всеми своими опасениями, какая польза от того, что он потеряет сон, аппетит и станет чаще пользоваться нитроглицерином, ожидая окончательного «приговора»? Если же при дополнительных исследованиях будет обнаружена злокачественная опухоль или другое грозное заболевание, то больной не упрекнет вас в беспечности. Он будет благодарен вам за то, что вы не успокоились, пока не разобрались в его болезни.

Итак, с психотерапевтической целью иногда полезно показать больному, что обследование было основательным. Но отсюда не следует, что можно ограничиться лишь видимостью обследования. Во-первых, только по-настоящему добросовестное обследование дает врачу ту внутреннюю уверенность в своих выводах, которая может передаться больному. Если врач внутренне боится ответственности или не доверяет себе, то не помогут ни бодрый тон, ни успокоительные слова: больной почувствует слабость и нерешительность врача по бегающим глазам, неопределенности или непоследовательности советов и др. Во-вторых, иногда больные неожиданно тонко и точно, вполне профессионально оценивают качество обследования. Вот поразивший меня случай. Будучи клиническим ординатором, на обходе я показывал свою больную профессору. У нее был и митральный стеноз, и резко увеличенная застойная печень, которую я, разумеется, ежедневно пальпировал, следя за динамикой компенсации. Профессор сел у кровати больной, задает несколько вопросов, выслушал сердце и методом поверхностной (ориентировочной) пальпации ощупал живот; такой метод позволяет лишь оценить степень напряжения брюшной стенки в разных участках. Мне, молодому тогда врачу, хотелось, чтобы профессор проверил мои пальпаторные данные, и я напомнил ему, что у больной увеличена печень. Тогда он сделал несколько дополнительных ощупывающих движений в правом подреберье, даже не предложив больной дышать глубже, внушительно сказал: «Да, печень действительно увеличена, — и перешел к следующей больной. Я-то видел, что край печени не был прощупан, но сначала я испытал просто разочарование, что проверка не состоялась. Однако через несколько минут, когда осматривали другую больную, моя больная подозвала меня и прошептала с обидой и горечью: «А ведь профессор не прощупал мою печень!» Тут мне стало ужасно стыдно за медицину. Конечно, профессор умел прекрасно пальпировать (потому-то мне и хотелось, чтобы он проконтролировал меня), но в этот момент он, наверное, устал и расслабился, надеясь, что больная ничего не заметит, тем более что размер печени в данном случае не имел большого значения для диагноза и лечения. Когда край печени проскальзывает под пальцами, это чувствует не только врач, но и больная. Профессорский обход — всегда событие для больных, он помогает рядовым врачам поднять дух своих подопечных. Здесь весь психотерапевтический эффект

обхода пропал, а он так нужен был этой тяжелой больной. Основой настоящей, надежной, неэфемерной психотерапии должна быть внутренняя добросовестность и честность врача. «Без твердой клинической базы всякая психотерапия неизбежно обречена на дилетантизм и псевдонаучность» (С. И. Консторум).

Нередко больные приносят с собой результаты прошлых обследований и сразу дают их врачу, желая облегчить его работу. Однако если наивный больной и может думать, что главное для диагноза — это анализы, рентгенограммы и ЭКГ, то для врача такое заблуждение непростительно. К сожалению, многие поддаются этому соблазну и первым делом читают прежние выписки и заключения. Такой подход свидетельствует о неуверенности врача в собственных силах. Он сразу попадает и уже наезженную колею, свернуть с которой очень трудно. Ведь как ни авторитетны представленные заключения или диагнозы, больной-то от этих авторитетов пришел к вам; значит, они ему не помогли и он надеется на вас, на ваш свежий взгляд. Пусть его обследовал знаменитый и уважаемый вами врач, но ведь вы не знаете, был ли этот врач на своей обычной профессиональной высоте в тот момент; он мог устать, торопиться или пойти на поводу у доктора, докладывавшего об этом больном. Вот почему я всегда демонстративно откладываю эти документы в сторону и говорю: «Прежде всего я займусь вами, и потом этими бумажками, ведь лечить-то надо вас, а не анализы». В глубине души больной ждет именно этого.

Только закончив объективное физикальное обследование, можно перейти к рассмотрению представленных больным медицинских документов. На этом этапе также надо показать больному, что сначала мы самостоятельно изучаем ЭКГ или рентгенограммы и лишь затем читаете соответствующие заключения. Кстати, такое ежедневное, ежечасное сопоставление собственных независимых данных и выводов с результатами предыдущих обследований другими врачами способствует самоусовершенствованию; тогда-то и появляется та подлинная, а не напускная уверенность в собственных силах, которая является фундаментом психотерапии.

Итак, анамнез выяснен, больной обследован, теперь он молча ждет вашего «приговора». Кульминацией психотерапевтического процесса является заключительная беседа врача с больным после окончания обследования.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ВЫЯСНЕНИЯ ДИАГНОЗА

Чего же ждет больной от врача? Только ли лекарственного лечения? Больной не знает, что с ним случилось, и поэтому хочет услышать название болезни, диагноз: ведь ничто так не питает страх, как неопределенность, неизвестность. Кроме того, резонно полагает больной, без ясного диагноза доктор не сможет его вылечить. Больной также хочет знать, что ему самому надо сделать, чтобы выздороветь: каков у него должен быть режим, какие нужны лекарства или процедуры, сколько времени продлится лечение, каковы перспективы на выздоровление и на восстановление трудоспособности. Наконец, он жаждет ободрения, успокоения; он хочет услышать, что болезнь его не так уж страшна, что ему можно помочь. Все это и надо иметь в виду, беседуя с больным.

Сообщая диагноз, надо говорить простым, понятным языком и помнить, что некоторые термины имеют в просторечии зловещный, устрашающий оттенок и потому нежелательны. Так, если больной с тревогой спрашивает: «Неужели у меня астма?», — ясно, что этот термин означает для него мучительную и неизлечимую болезнь. И я, не колеблясь, отвечаю: «Нет, у Вас бронхит с астматическим компонентом». Разница между этими заболеваниями не так уж велика, а лечение практически одинаково.

Необычайно зловещим и роковым кажется термин «аневризма сердца», который буквально отравляет жизнь несчастным больным. За 30 лет работы я видел всего лишь несколько случаев истинной аневризмы с парадоксальной пульсацией, где недостаточность сердца можно было связать именно с этим систолическим выбуханием, а не с гибелью значительной части сократительных мышц миокарда. Поэтому я снимаю этот диагноз ■ беседе с больным и говорю ему, что он просто перенес довольно обширный инфаркт. Надо видеть то облегчение, которое появляется на лице больного! Если мне приходится диагностировать саркоидоз, то первым делом объясняю, что этот термин не имеет никакого отношения ни к саркоме, ни к злокачественной опухоли ■ что вообще это заболевание доброкачественное и часто не требует никакого лечения. В остром периоде инфаркта миокарда я предпочитаю говорить о сердечном приступе или о затянув-

шемся спазме сосудов сердца и только спустя несколько дней, когда состояние больного стабилизировалось и он уже адаптировался к больничной обстановке, я сообщаю ему, что он перенес инфаркт, но что опасность уже позади. Вместо стенокардии лучше сказать о спазме сосудов сердца (кстати, слово «спазм» помогает объяснить больному пользу нитроглицерина, который многими используется неохотно и редко именно из-за его ассоциации с такими «страшными» названиями, как стенокардия, инфаркт, ишемическая болезнь сердца).

Известный английский хирург Кэлнан писал: «Любой ценой избегайте устрашающих диагнозов. Да, конечно, больной может заявить, что он хочет знать всю правду, но смягчить правду милосердием — вот достойная практика. Когда дело идет о том, чтобы сообщить больному его диагноз, такт и человечность должны стоять на первом месте. Лучше сказать о сердечном приступе, чем о тромбозе коронарных артерий; новообразование лучше, чем рак; повышенное давление лучше, чем гипертония, и нервные головные боли лучше, чем невроз тревоги. Эти слова не только мягче, они более понятны».

Надо подчеркнуть, что «смягчать» диагноз следует тактично и при этом не кривить душой: это все-таки должна быть правда, просто сдобренная участием и дальновидной заботой о будущем больного, ибо его мужество и воля к выздоровлению — наш ценнейший козырь в борьбе с болезнью. Голословное отрицание или пустое бодрячество здесь неуместны и не помогут. Больной не только не поверит вашим чрезмерно оптимистичным словам, но и заподозрит вас в несерьезности. Ведь он чувствует, что болен: из-за пустяков он не обратился бы к врачу. Но он хочет услышать, что его болезнь не так уж страшна, как ему кажется. Поэтому общий тон беседы должен быть серьезным, но спокойным и уверенным: больной должен убедиться, что вы все взвесили и хорошо знаете, чем он болен, что болезнь эта вас не обескураживает, что вы не отмахиваетесь от его страхов, а просто не разделяете их и ясно представляете, что надо делать.

Иногда больной приходит со справкой, в которой подробно описан весь клинический диагноз, например: «Хроническая ишемическая болезнь сердца, атеросклероз венечных артерий сердца, стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный кардиосклероз, экстрасистолия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса—Тавара, недостаточность кровообращения I степени, атеросклероз аор-

ты, склеротическая гипертония; хронический бронхит, хронический колит». Такой перечень говорит о добросовестности врача. Прочитав его, другой врач получит ориентировочное представление о больном и будет знать, на что надо обратить особое внимание. Однако на больного такая опись производит удручающее впечатление: ему кажется, что если обнаружено сразу столько болезней, то дело плохо и нет надежды на улучшение. Ведь он не знает, что не все части диагноза имеют одинаковое клиническое значение. При расспросе и обследовании оказывается, что одышку и стенокардию он испытывает только при быстрой ходьбе; в покое боли в области сердца скорее обусловлены спондилезом, нежели ишемией миокарда; сердце не расширено, тоны звучные, отмечаются лишь единичные экстрасистолы (предсердные по ЭКГ); на аорте слышен короткий систолический шум, но пульс на сонных артериях хорошего наполнения (т. е. гемодинамически значимого стеноза нет); нет застойных хрипов, увеличения печени и периферических отеков. Таким образом, функциональная и прогностическая оценка такого больного скорее благоприятная и совершенно не согласуется с мрачной картиной, которую он видит сам. Поэтому, прежде чем переходить к назначениям, я говорю: «Не обращайтесь внимания на эту бумажку, это наш профессиональный жаргон. Мы обязаны отметить все, даже незначительные отклонения. Когда автомобиль сдают в ремонт, то в опись входят все дефекты: помято крыло, разбита фара, на багажнике царапины, дверь закрывается неплотно и др. Разве это значит, что автомобиль никуда не годится? Ведь мотор-то вполне „тянет“, просто необходимо провести профилактический осмотр и мелкий ремонт. Так и у вас: сердце не увеличено, тоны звучные, пульс хорошего наполнения, отеков нет, нитроглицерином вы пользуетесь редко, значит, ваш „мотор“ не так уж плох, а это — главное».

Следует обратить внимание на то, что здесь использован ценнейший психотерапевтический прием — логическое убеждение. Врач не заявляет безапелляционно: «Я не считаю ваше сердце столь плохим, как вам говорили другие доктора»; такого рода внушение действует редко, даже если оно подкрепляется высоким авторитетом или званием. Приводятся аргументы, понятные и потому убедительные для больного, в союзники берется его разум. Это импонирует и убеждает по-настоящему. О необычайной пользе такой рациональной психотерапии писал Р. Дюбуа в своей

замечательной книге «Психоневрозы и их лечение», чтение которой произвело на меня неизгладимое впечатление и безмерно обогатило. Ввиду важности и пользы этого приема приведу еще два примера применения логического убеждения в качестве психотерапевтического средства.

Больной является с уже поставленным ранее диагнозом ишемической болезни, у него боли в левой половине грудной клетки, отдающие в левую руку, на ЭКГ снижен вольтаж зубцов Т, он давно принимает различные антиангинальные средства. Однако при расспросе выясняется, что боли длительные, чаще возникают либо под утро, либо к вечеру, а не во время физической нагрузки; нитроглицерин не оказывает быстрого действия, больной может без болей и одышки подбежать к автобусной остановке.

После обследования я говорю: «Хоть Вы и не врач, но понимаете, что любой больной орган особенно страдает во время нагрузки: если воспален коленный сустав, то больно ходить, при ангине больно глотать. Сердце — насос, перекачивающий кровь; во время физической работы оно должно подавать особенно много крови работающим мышцам. Чтобы проверить, исправен ли автомобильный мотор, надо включить его на полную мощность: неисправный мотор начнет стучать, перегреваться или вообще „не потянет“. Так и сердце — если оно больное, то именно во время физической нагрузки появятся боль, одышка, перебои или другие симптомы. А у вас боли возникают после работы или ночью, когда сердце отдыхает. Это все равно, как если бы мотор начал греться или стучать уже после того, как автомобиль поставили в гараж, — так не бывает. Значит, ваша боль лишь располагается в области сердца, но болит-то не сердце. Вы можете бегать без одышки, у вас звучные тоны, шумов в сердце нет, пульс хорошего наполнения, нет отеков, нет застойных хрипов в легких, печень не увеличена, изменения на ЭКГ неспецифического характера (здесь я намеренно выхожу за рамки бытового словаря и использую некоторые медицинские термины и выражения, которые больной вряд ли точно понимает, но ощущает их положительный оттенок и чувствует, что с ним говорят на равных, как с врачом, и, стало быть, не обманывают). Ваши боли под утро объясняются тем, что во сне вы иногда принимаете неудобное положение, которое напрягает и утомляет некоторые мышцы и суставы позвоночника. К тому же спондилез тоже может вызвать боли. Но настоящая стенокардия четко проходит через 2—3 мин

после нитроглицерина, а у вас боли длятся гораздо дольше». Такая беседа прочно и надолго освобождает больного от страхов, и он безбоязненно расширяет свою активность.

Вот еще пример. У мужчины 57 лет, не страдающего гипертонией, 4 мес назад был приступ головокружения без рвоты, потери сознания, парестезий и расстройств речи. Однако ему было сказано, что он перенес «микроинсульт». С тех пор у него постоянная тревога: боится «настоящего паралича». Временами чувствует себя неуверенно при ходьбе, но без пошатывания и без головокружения; перестал выходить на улицу, дома большую часть дня лежит. При обследовании: физически крепок, несколько тревожен, депрессивен. Сердце — легкие без отклонений от нормы, пульс 74, ритмичный, хорошего наполнения, артериальное давление 145/85 мм рт. ст. Сонные артерии хорошо пульсируют, сосудистых шумов нет. Несколько нистагмOIDных быстро истощающихся движений; пальценосовая проба нормальна. В позе Ромберга устойчив. Язык чуть отклонен влево. Сухожильные рефлексЫ живые, симметричные. Симптом Бабинского отрицательный.

Я сказал больному: «Думаю, что никакого инсульта у вас не было, а был кратковременный спазм мелкого сосуда, питающего аппарат равновесия. Если бы это было кровоизлияние или закупорка сосуда, то и сейчас бы еще имелись какие-то остаточные явления, а их у вас нет: я это специально проверил, хотя я и не специалист-невропатолог. У вас нормальное давление, сонные артерии, питающие мозг, совершенно нормальны, никаких признаков атеросклероза нет; так что бояться инсульта нет никаких оснований. Ваша теперешняя неуверенность при ходьбе объясняется тревогой, и я вам это докажу. Допустим, вы идете по узкому мостику. Если на нем есть перила, вы шагаете уверенно. Но если ограждение снять, то сразу появится головокружение. Ясно, что здесь склероз ни при чем, все дело в страхе. Поэтому ходите побольше, тренируйте свой аппарат равновесия и не бойтесь инсульта!».

Про себя я подумал: допустим, что действительно имел место микроинсульт. Срок прошел более чем достаточный, больного можно и нужно активизировать и возвращать к обычной жизни. Ведь надежных средств для профилактики повторных инсультов у нас нет, и уж во всяком случае полупостельный режим не защитит его от новых сосудистых расстройств. Зачем же делать человека несчастным, навязывать ему психологию инвалида, когда мы ничего не мо-

жем обещать взамен? Сейчас у нас
несомненно, невроз тревоги. а не
тетического микроинсульта. Стало
первую очередь невроз, а лучшим
расширение режима: больной заб
шем переживания. Через 2 мес бо
новил трудоспособность, активен.
Избегать надо не только ист
ваемых обидных диагнозов. Уст
терия», «депрессия», больной и
навязывает ему ярлык невропат
ного, несимпатичного человека
нервном переутомлении или ист
ка показывает, что больной пе
даний или чрезмерно работал
сочувствия, а в его болезни
этой же причине невротическ
врагическими, а подтекст зд
выдумывает свои боли, врач
они — и это он сам чувству
ми», и стало быть, эти боли
Таким больным нередко
тропные средства, иногда д
дол. Если больной знает о
то можно услышать: «Что
ответ на это, а также п
верчивых, подозрительны
чают инструкцию-вклады
пользуют также и психи
вас психическое заболе
ком лекарстве, как хин
малярии. Кроме того,
сокращения матки пос
ях сердца. Так и это
применения. Кроме т
очень маленькие, при
больше». Если не ска
полнить ваше назначе
такой «дурной» репута
Есть еще один неж
«старость». Иногда по
раста. Им кажется, что
понапрасну отнимают у
увидеть в глазах врача
а то и услышать в отве

жем обещать взамен? Сейчас у больного на первом плане, несомненно, невроз тревоги, а не остаточные явления гипотетического микроинсульта. Стало быть, и лечить надо в первую очередь невроз, а лучшим средством здесь будет расширение режима: больной забудет о своем травмирующем переживании. Через 2 мес больной полностью восстановил трудоспособность, активен, бодр, уверен в себе.

Избегать надо не только устрашающих, но и так называемых обидных диагнозов. Услышав слова «невроз», «истерия», «депрессия», больной иногда заключает, что врач навязывает ему ярлык невропата, т. е. вспыльчивого, вздорного, несимпатичного человека. Поэтому лучше сказать о нервном переутомлении или истощении. Такая формулировка показывает, что больной перенес много моральных страданий или чрезмерно работал и потому достоин уважения и сочувствия, а в его болезни нет ничего постыдного. По этой же причине невротические боли и всегда называю невралгическими, а подтекст здесь такой: да, он прав, он не выдумывает свои боли, врач относится к ним серьезно, но они — и это он сам чувствует — как-то связаны с «нервами», и стало быть, эти боли не так уж опасны.

Таким больным нередко приходится назначать психотропные средства, иногда даже амитриптилин или галоперидол. Если больной знает область применения этих средств, то можно услышать: «Что же я, сумасшедший, что ли?!» В ответ на это, а также предваряя такую реакцию у недоверчивых, подозрительных больных, которые тщательно изучают инструкцию-вкладыш, и говорю: «Это лекарство используют также и психиатры, но это вовсе не значит, что у вас психическое заболевание. Вы, наверное, слышали о таком лекарстве, как хинин, который применяют при лечении малярии. Кроме того, его используют и акушерстве для сокращения матки после родов и в кардиологии при перебоях сердца. Так и это лекарство имеет различные области применения. Кроме того, дозы, которые я вам назначаю, очень маленькие, при психических болезнях дают гораздо больше». Если не сказать этого, то больной может не выполнить ваше назначение, не желая принимать лекарство с такой «дурной» репутацией.

Есть еще один нежелательный диагностический ярлык: «старость». Иногда пожилые больные стыдятся своего возраста. Им кажется, что медицина уже не для них и что они понапрасну отнимают у врача время. Еще чаще они боятся увидеть в глазах врача равнодушие к старческой немощи, а то и услышать в ответ: «Да что вы хотите?! Вам надо

почаще в паспорт заглядывать, а не к докторам ходить!»
Необходимо сразу же дать больному почувствовать, что вы не считаете его возраст причиной недуга или непреодолимым препятствием для лечения. Нередко, чтобы ободрить такого больного, я привожу следующую шутку. Старик жалуется на боль в колене. На слова врача «Это у вас от возраста» он с негодованием восклицает: «Какой вздор, другой моей ноге тоже 80 лет, но она не болит!» Кстати, в этой шутке есть глубокий медицинский смысл. Конечно, старость мы не лечим, но старость и болезнь — вещи разные. Жалобы старика могут быть связаны либо с соматическим заболеванием, либо — и это очень важно помнить — с депрессией, столь частой в этом возрасте. Соматические заболевания обычно нетрудно диагностировать. Но при различных неопределенных, расплывчатых жалобах (слабость, блуждающие боли, бессонница и т. п.), не укладывающихся в четко очерченную нозологическую единицу, надо подумать о депрессии, поскольку ее обнаружение открывает путь к эффективному лечению.

Даже в случае явного соматического заболевания старый человек особенно нуждается в ободрении и поднятии духа. В преклонном возрасте лечение тоже бывает удивительно эффективным. Предугадать исход нельзя, надо всегда браться за дело энергично, не расслабляясь внутренне.

Вот простой пример. При осмотре на дому 95-летнего старика выявлена типичная крупноочаговая пневмония; температура 39 °С, он оглушен, иногда бредит, мочится под себя, язык сухой. Вдобавок имеется паркинсоническая скованность. Родные отказываются от предложения госпитализировать больного. Совершенно ясно, что в такой ситуации нельзя положиться исключительно на действие антибиотиков. Важно заставить больного как можно чаще поворачиваться в кровати, садиться и даже вставать, непременно побольше пить; в этом ему должны ежечасно помогать родные, если он дома, или медицинский персонал, если он в больнице. Для того чтобы все это выполнялось неукоснительно, надо заразить и больного, и окружающих своей энергией, верой в исключительную важность этих назначений, убежденностью в возможность успеха. В противном случае больной, почувствовав ваш пессимизм и безразличие, падет духом, станет апатичным, замкнется, отвернется к стенке, откажется от еды и питья, и тогда уже не спасут никакие антибиотики. В результате неукоснительного выполнения всех этих простых мер (плюс инъекции ам-

пициллина) состояние больного быстро улучшилось. Он прожил до 101 года.

Не только реальная болезнь пугает больного. Нередко его тревожат нелепые опасения, в которых ему подчас стыдно признаться. Больной испытывает облегчение и горячую благодарность, если врач пойдет ему навстречу и рассеет не только высказанные, но и скрытые страхи. Например, при головной боли у пожилого, особенно одинокого человека я не премину авторитетно и твердо сказать, глядя прямо в глаза: «Ваша боль вовсе не предвещает инсульта или паралича, такие опасения беспочвенны». Кстати, почувствовав еще при расспросе эту невысказанную, но ужасную перспективу, я обязательно проведу даже при недостатке времени хотя бы самое элементарное неврологическое обследование (сравню силу конечностей справа и слева, проверю устойчивость в позе Ромберга, симптом Бабинского и т. п.). Больной видит, что врач подумал о такой возможности и сделал соответствующие исследования. Поэтому слова успокоения упадут на подготовленную почву. Встревоженное и напряженное лицо больного впервые за всю беседу озаряется улыбкой облегчения, и ты чувствуешь, что сделал истинно доброе дело.

Часто больные боятся рака тогда, когда такая мысль даже не приходит врачу в голову (настолько очевидно доброкачественное заболевание). Надо встать на точку зрения больного, угадать его тревогу и объяснить ему, что, скажем, ускорение РОЭ, субфебрильная температура или боли вовсе не указывают на рак и могут быть вызваны множеством других заболеваний.

Итак, больной теперь знает, чем он болел. Теперь надо приободрить и обнадежить его. Если болезнь неопасная или легко поддается лечению, то сделать это просто. Но даже если заболевание неизлечимое, всегда можно найти «смягчающие обстоятельства». Например, у больного недавно возникла стенокардия, и он впервые должен услышать это от вас. Конечно, даже самое лучшее лечение не может гарантировать ни от инфаркта, ни от мгновенной смерти; о полном выздоровлении и говорить пока не приходится. Но больному всего этого знать не надо, тем более что такое знание ничуть ему не поможет. Я в таком случае рассказываю ему о факторах риска и в зависимости от конкретных обстоятельств говорю: «Вы не курите, у Вас нет диабета, давление у вас нормальное; все это благоприятные факторы, „три — ноль в Вашу пользу“. Вы заболели недавно, стало быть, болезнь еще не запущена и органические, не-

обратимые изменения пока, наверное, невелики. Значит, вполне можно рассчитывать на хорошие результаты, если только вы будете аккуратно лечиться». Или «У вас есть два отягчающие обстоятельства: вы курите и у вас гипертония. Но зато у вас нет диабета, который особенно ускоряет развитие атеросклероза, да и лечить диабет трудно. Что касается гипертонии, то теперь в нашем распоряжении имеются настолько эффективные средства, что этот фактор риска нас с вами не должен пугать. А бросить курить — целиком в ваших силах, и не говорите мне, что это трудно: тысячи людей делают это и, наверное, даже среди ваших знакомых есть бросившие курить. Вы должны отчетливо понимать, как это важно для вас, если вы хотите избежать инфаркта. Ваша воля плюс лекарства — гарантия успеха». Выяснив при расспросе, что стенокардия особенно беспокоит больного утром или при перемене погоды, я напоминаю ему об этом и продолжаю: «Значит, главную роль в вашей болезни играет спазм сосудов, а не склероз. Если бы сужение сосудов было вызвано только склерозом, то всякий раз при быстрой ходьбе у вас возникала бы боль: ведь степень склероза не может меняться за один день. По-видимому, у вас незначительные склеротические изменения, а вы понимаете, что бороться со спазмом гораздо легче, чем со склерозом».

Точно так же в случае бронхиальной астмы можно напомнить больному, что в периоды ремиссии (например, летом) у него не бывает одышки и кашля. «Значит, несмотря на длительность заболевания у вас еще не наступили необратимые органические изменения в легких».

Даже если полных ремиссий уже не бывает, течение астмы (да и многих других болезней) остается волнообразным: обострения сменяются периодами относительного благополучия, что, несомненно, указывает на присутствие обратимого компонента. Следовательно, даже в такой трудной ситуации есть возможность приободрить больного реальной перспективой улучшения.

Полезно запоминать случаи с благоприятным течением из собственной практики, ибо для больного они особенно убедительны. Так, при хроническом нефрите я рассказывал о больном, который заболел хроническим нефритом в 30 лет, в 60 лет защитил докторскую диссертацию, а в 72 года обратился ко мне по поводу стенокардии; все эти годы у него стойкая альбуминурия и эритроцитурия, удельный вес мочи снижен, но остаточный азот остается нормальным. Каждый врач наблюдал длительные (на несколько лет) ремис-

...при бронхиальной астме или гипертонии...
...перенесших инфаркт или инсульт...
...10—15 лет назад...
...такие случаи, надо постоянно...
...похвалить больного, подчеркнуть...
...отношения к данной болезни. На...
...фактор выздоровления». Больной...
...«Какой вы молодец! Если б...
...больной около 40 лет, она н...
...вы отважная женщина! А раз...
...значит, и сердце у вас хорош...
...Если больной уныло и с опаской с...
...инфаркта (или 7 пневмоний),...
...возразить: «Ваш...
...пневмония) не...
...раз вы ее перенесли столько...
...защиты вполне приличное».

Такая беседа не просто успокаивает, она вызывает у больного благоприятную перспективу. В разговоре надо соблюдать оптимистический лад, одновременно побуждая к выполнению всех врачебных предписаний. Вслед за сообщением диагноза надо подчеркнуть, как важны для больного эти предписания. Врач, которому он вновь останется благодарен, потому что он заранее хочет знать, что ему можно и нельзя делать в различных ситуациях, что ему можно и нельзя делать в утреннюю гимнастику и в какой сезон, можно ли принимать ванну, можно ли выезжать на дачу, можно ли принимать лекарства, можно ли назначать лекарства, можно ли назначать лекарства и т. п.

Для того чтобы дача, надо самому ограничить больного. Это т... с пом...

сии при бронхиальной астме или гипертонической болезни, знает больных, перенесших инфаркт или операцию по поводу злокачественной опухоли 10—15 лет назад. Для того чтобы помнить такие случаи, надо постоянно культивировать в себе психотерапевтическую настроенность.

Полезно похвалить больного, подчеркнув что-то положительное в медицинском отношении, даже если это не имеет прямого отношения к данной болезни. Например, он бросил курить: «Отлично, значит у вас есть сила воли, а это важнейший фактор выздоровления»; больной занимается физкультурой: «Какой вы молодец! Если бы все больные вели себя так!»; больной около 40 лет, она недавно родила: «Молодец, вы отважная женщина! А раз все обошлось благополучно, значит, и сердце у вас хорошее!»

Если больной уныло и с опаской сообщает, что он перенес 4 инфаркта (или 7 пневмоний), то после осмотра ему можно полусуто возразить: «Ваш опыт свидетельствует, что инфаркт (или пневмония) не такая уж страшная болезнь, раз вы ее перенесли столько раз, а общее состояние ваше вполне приличное».

Такая беседа не просто успокаивает больного, она показывает ему благоприятную перспективу и настраивает на оптимистический лад, одновременно обеспечивая старательное выполнение всех врачебных предписаний.

Вслед за сообщением диагноза надо дать рекомендации относительно жизненного режима. Мы не всегда осознаем, как важны для больного эти советы. Ведь после встречи с врачом он вновь останется наедине со своей болезнью. Поэтому он заранее хочет знать, как поступать в различных ситуациях, что ему можно и чего нельзя: например, можно ли делать утреннюю гимнастику, ходить в бассейн, ехать в командировку, где лучше отдыхать — на юге или в Прибалтике и в какой сезон, какой груз ему разрешается носить, можно ли принимать душ или париться и др. К сожалению, молодые врачи часто ограничиваются лишь лекарственными назначениями либо добавляют расплывчатые слова вроде «щадящего режима», «не перегружайте себя» и т. п.

Для того чтобы дать ясные, дельные советы и рекомендации, надо самому четко представлять степень функционального ограничения, вызванного болезнью у конкретного больного. Это трудно, но если помнить о важности этой проблемы, то с помощью специальных вопросов во время собирания анамнеза можно получить ценные сведения. Например: «Вы можете подбежать к остановке или пройти

быстрым шагом?»— «Что вы, я уже давно хожу медленно»— «Но все же, если вы переходите улицу, иногда ведь приходится поторопиться, правда?»— «Да, конечно»— «И что же тогда?»— «Ничего».— «Вы при этом не задыхаетесь?»— «Нет». Ясно, что в данном случае функциональные резервы больше, чем кажется запуганному больному.

Важнейшим ориентиром при назначении режима является принцип обеспечения больному условий жизни, по возможности максимально приближающихся к привычным (т. е. до болезни). Психологически гораздо легче запретить, чем разрешить, особенно если это касается не нас самих. Однако любое ограничение морально угнетает больного, подтачивает его волю к борьбе. И наоборот, всякое расширение режима как бы показывает, что болезнь не очень страшна, что организм не так уж пострадал от нее. Вот почему либеральный врач обычно полезнее врача-перестраховщика. Но для того, чтобы расширить режим больного, надо взять на себя ответственность, а чтобы не бояться ответственности, нужны знания и желание помочь больному.

Ко всякому запрету и ограничению надо относиться критически, ибо нередко они обусловлены рутинной, перестраховкой. Вспомним хотя бы эволюцию режима при остром инфаркте миокарда. Раньше больные должны были лежать неподвижно на спине 2 нед, только затем им разрешали поворачиваться в кровати, через 3 нед разрешали садиться, а первые шаги они делали через 4—5 нед. Для того чтобы взгромоздиться на судно в кровати, тучный пожилой больной должен быть чуть ли не сделать «мостик», т. е. приложить усилий гораздо больше, чем при повороте с боку на бок или при усаживании. Бывало, больной, проснувшись ночью и обнаружив, что он лежит на боку, а не на спине, холодел от ужаса: не нанес ли он непоправимый ущерб своему сердцу?

Даже тогда приходилось наблюдать больных, у которых диагноз острого инфаркта выяснялся с запозданием, уже после того, как они успевали несколько дней походить дома или в поликлинике. В дальнейшем болезнь у них протекала не тяжелее обычного. Наблюдения такого рода невольно зарождали сомнения в рациональности строжайшего покоя. В настоящее время таким больным рекомендуют более активный режим, психологическая астенизация при этом наблюдается значительно реже.

То же относится к ограничению физической нагрузки для амбулаторных больных. За миллионы лет эволюции ор-

организм человека выработал множество целесообразных страхующих механизмов. Одышка, сердцебиение, усталость — это сигналы, показывающие, что работа сердца приближается к предельно возможной. Стало быть, все нагрузки, не вызывающие этих тягостных ощущений, относительно невелики и потому вполне допустимы. Иногда тучный больной после инфаркта спрашивает: «Доктор, правда ли, что мне нельзя нести больше 2 кг?» Я отвечаю: «Ваша масса тела около 100 кг, это значит, что вы круглые сутки носите на себе лишнюю массу килограммов 20–30. А вы боитесь принести домой 3 бутылки молока, хотя это займет всего 10 мин ходьбы. Лучше постарайтесь похудеть хоть на несколько килограммов, а насчет массы своего портфеля или покупок не беспокойтесь. Конечно, вам не следует перетаскивать мешки картофеля или передвигать мебель, но обычную, повседневную нагрузку можете выполнять безбоязненно, если только она не будет вызывать у вас сильной одышки или болей. Но даже если такие ощущения возникнут, это не страшно, просто ту же самую работу вам надо будет выполнять медленнее». Если вспомнить, что нередко перед выпиской из больницы таким больным проводят велоэргометрию с максимально переносимой нагрузкой до появления болей, то почему же не разрешить этим больным обычную повседневную нагрузку, далеко не достигающую субмаксимальной!

Пожилым людям часто запрещают отдыхать на юге: «Там слишком жарко. Для ваших сосудов вредна резкая перемена климата» и т. п. Но разве в Москве или Ленинграде не бывают летом знойные дни с температурой около 30 °C и резкие перемены погоды на протяжении буквально одних суток? Многие чувствуют себя в такие дни плохо, но инфаркты, инсульты и гипертонические кризы вызываются, как правило, совсем другими причинами. Зачем лишать больного удовольствия побыть в благоприятных условиях курорта? К тому же несомненно положительное психологическое воздействие южного курорта с его красотами и благоустроенным бытом, не говоря уже о том чувстве раскрепощения, которое испытывает больной при отмене любого запрета.

Иногда больные стыдятся задать вопросы, касающиеся интимных сторон жизни. Врач должен почувствовать эту недоговоренность и деликатно помочь соответствующим советом. Вот пример.

На амбулаторный прием явилась худенькая бледная миловидная женщина 26 лет с жалобами на слабость, утом-

ляемость, частые простудные заболевания, после которых длительно держится субфебрильная температура 37,1—37,2 °С. Больна около 4 лет. При расспросе: сон плохой, по утрам слабость, к вечеру самочувствие несколько лучше; устает даже от чтения; часто беспокоит сердцебиение; аппетит хороший, не худеет; менструальный цикл не нарушен, кровопотери невелики; была искусственно прерванная беременность, родов не было; в разводе 4 года; живет одна, отдельно от родителей; брат умер от септического эндокардита, развившегося на фоне тяжелого сахарного диабета. При физикальном обследовании не обнаружено каких-либо отклонений. ЭКГ в норме. Обращали на себя внимание замкнутость и некоторая депрессивность больной. Поэтому после физикального обследования было решено возобновить и углубить расспрос: «Какое у вас чаще настроение: хорошее, ровное или угнетенное, печальное?» — «Обычно плохое». — «Бывает ли чувство внутреннего напряжения, дрожи?» — «Да, часто». — «Общительны ли вы, часто ли ходите в гости, в театр?» Здесь больная оживилась и со смущенной улыбкой ответила: «Редко, боюсь выпить вина, мне от него хуже становится». Очевидно, помимо несомненной депрессии, больная страдала и от своего одиночества; вряд ли случайным совпадением было начало жалоб вскоре после развода или незадолго до него. Да и смерть брата от болезни сердца могла усилить опасения за свое здоровье. Поэтому и сказал ей: «Сердце и легкие у вас совершенно здоровы. Результаты анализов отличные, вы не худеете, рентгенологически тоже ничего плохого не выявлено. У вас небольшая депрессия. Я назначу совсем немного лекарств в маленьких дозах (амитриптилин 0,0125 г на ночь и пиразидол 0,0125 г утром), они укрепят нервы и вы вернетесь к нормальной, полнокровной жизни. Бояться вам нечего, живите активно, наслаждайтесь всеми благами жизни, пока молоды. Я настолько уверен в вашем здоровье, что если бы вы спросили меня, можно ли вам иметь ребенка, я без малейшего колебания разрешил бы». Больная заулыбалась, порозовела и сказала: «А я, знаете, боюсь замуж, ведь я очень слабая...» — «Что вы, отбросьте пустые страхи, вы не хуже других, все у вас наладится, и если встретите хорошего человека, выходите замуж, заводите детей и стройте планы на многие десятилетия вперед!» Больная расцвела, стала горячо благодарить за помощь.

При осмотре через полгода: часто улыбается, самочувствие хорошее, жалоб нет, настроение бодрое.

Немаловажное значение имеют врачебные рекомендации

по соблюдению диеты. Основным принципом здесь является по возможности максимальное приближение к разнообразной, полноценной и вкусной пище здорового человека. В диететике немного твердо установленных запретов. Так, избыток поваренной соли, действительно, способствует задержке жидкости в организме и повышению артериального давления; поэтому больным с отеками или гипертонией приходится ограничивать соль, хотя современные салуретики сделали эту проблему менее острой. Точно так же малокалорийное питание со строгим ограничением рафинированных углеводов, бесспорно, является основой лечения сахарного диабета.

При выраженной почечной недостаточности избыток белков в пище повышает азотемию. Существуют редкие заболевания, при которых специальные диеты играют важную роль (спру, или клейковинная энтеропатия, подагра, гомотистинурия и т. п.).

Установлено, что при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка ни одна из многочисленных диет не смогла доказать своего самостоятельного лечебного или профилактического значения. Во многих странах (США, Франция) сейчас лечат язвенных больных, оставляя их на привычной диете, практически без ограничений.

Нередко при холецистопатиях запрещают яйца, опасаясь как печеночной колики (желчегонное действие), так и образования холестериновых камней в желчном пузыре. Однако, если учесть, что каждая холецистография предусматривает прием двух яичных желтков и большинство больных не испытывает при этом никаких неприятных ощущений, становится ясным необоснованность подобных запретов. Основная масса холестерина образуется в организме эндогенно, а не поступает извне с пищевыми продуктами. Таким больным не надо съедать ежедневно по 2—3 яйца, но ведь и здоровый человек не потребляет их в таком количестве.

Надо помнить, что любое ограничение в диете тягостно не только психологически, но и небезопасно для здоровья. Как только мы исключаем из пищи тот или иной продукт, увеличивается вероятность нехватки витаминов, микроэлементов. И наоборот, чем разнообразнее диета, тем полноценнее питание.

Итак, если приходится прибегать к диетическим ограничениям, то делать это надо на короткий срок и скупно.

Часто больные придерживаются «строгой», т. е. однообразной, обедненной, невкусной диеты. Эти добровольные аскеты-страдалцы, как правило, оказываются больными не-

врезами. Они не потребляют мясных наваров, опасаясь атеросклероза, сырых овощей и фруктов из-за своего «гастрита», яиц и жареного из-за «печени» и т. п. При этом обычно придерживаются этих ограничений не потому, что действительно плохо переносят тот или иной пищевой продукт, а потому, что слышали о необходимости или пользе той или иной диеты. В результате к исходному заболеванию (чаще это невроз, а не гастрит, колит или холецистит) присоединяются запор или другие последствия неразумной диеты.

Этим больным необходимо расширить и нормализовать питание, но преодолеть их предрассудки и страхи не так-то просто. Поэтому в случае заболевания желудочно-кишечного тракта я обязательно пытаюсь выяснить, насколько реальна индивидуальная непереносимость того или иного пищевого продукта. Допустим, больная утверждает, что она уже 10 лет не может есть жареного, яиц, ветчины. «А все-таки, когда вы бываете в гостях, приходится ведь иногда съесть котлету или кусочек ветчины?» — «Да, но очень редко». — «И что же, вы всякий раз расплачиваетесь за такое „прегрешение“?» — «Нет, обычно обходится, я ведь очень осторожна». (Кстати, это показывает, что заметное учащение острых холециститов и панкреатитов сразу после праздников обусловлено не столько употреблением «запретных блюд», сколько перееданием.)

Далее я спрашиваю, не наблюдаются ли у нее иногда диспепсические явления даже на самой строгой диете. «Да, иногда и так бывает». Я не комментирую эти поучительные факты и продолжаю общий расспрос и обследование. Только в заключительной беседе, объяснив вред однообразного и неполноценного питания, я советую расширить диету. В ответ на недоуменный и недоверчивый взгляд я напоминаю больной, как, по ее же словам, умеренные погрешности проходят у нее без неприятных последствий. «Конечно, если бы вы мне сказали, что только, когда вы неукоснительно соблюдаете строжайшую диету, вы чувствуете себя хорошо, мне пришлось бы согласиться с вами. Но ведь вас не спасает даже повседневная манная каша, так не лучше ли питаться повкуснее? Ведь вы детренируете свой аппарат пищеварения, он от этого слабеет, так что часть ваших жалоб обусловлена именно чрезмерно строгой диетой. Может быть, когда-то эта диета и была оправданной, но сегодня ваше состояние уже другое. Разумеется, расширять диету надо осторожно. Скажем, сегодня вы съедите немного жареного картофеля. Если не возникнет неприятных ощущений, значит можно. Однако не торопитесь с выводами.

через несколько дней снова съедать и другие блюда. Настойчиво рекомендует, что врач не отмахивается от судков, и потому следует его протеста.

После рекомендаций по режиму (не только молодые) полагают, что лекарство назначено. А ведь надо написать рецепт. Исправно, регулярно и точно принимают. Мешают лень, забывают «химии», а зачастую боязнь, что каждая принятая таблетка о его болезни.

Назначения врача должны быть ясными. Ни в коем случае таблетки вы будете принимать 3 или 4! Больной справедливо твердый план лечения. Он ставит на точнейших аптекарских весах и неприятно, что вы не смотрите на таблетки и оставляете этот вопрос.

Часто больные спрашивают, до еды или после. Надо запомнить, что разнообразнее давать то или иное вещество это действительно так. Кислоту назначают после еды, а содержащее ее вещество (например, кошпан) также лучше давать после еды. Против ускоренного всасывания в крови, тем самым при назначении мочегонных препаратов, антибиотиков и нитратов в-аденоблокаторы и нитраты.

Через несколько дней снова сделайте эту пробу. Проверьте и другие блюда. Настойчиво расширяйте ваш стол». Такой совет импонирует больному своей осторожностью. Он видит, что врач не отмахивается от его опасений и предрасудков, и потому следует его советам без внутреннего протеста.

* * *

После рекомендаций по режиму и диете можно перейти к лекарственным назначениям. К сожалению, многие врачи (не только молодые) полагают, что достаточно просто выписать рецепт. А ведь надо добиться того, чтобы больной исправно, регулярно и точно принимал лекарства. Это очень трудно. Мешают лень, забывчивость, неорганизованность, боязнь «химии», а зачастую неприязнь к лекарствам потому, что каждая принятая таблетка напоминает больному о его болезни.

Назначения врача должны быть четкими, определенными, ясными. Ни в коем случае нельзя говорить: «Эти таблетки вы будете принимать 3—4 раза в день — либо 3 раза, либо 4!» Больной справедливо ожидает, что у врача есть твердый план лечения. Он слышал, что лекарства взвешивают на точнейших аптекарских весах, и поэтому ему непонятно и неприятно, что вы назначаете то ли 3, то ли четыре таблетки и оставляете этот важнейший вопрос на его усмотрение.

Часто больные спрашивают, как принимать лекарства — до еды или после. Надо заранее решить для себя, когда целесообразнее давать то или иное средство. Для некоторых веществ это действительно важно. Так, ацетилсалициловую кислоту назначают после еды, чтобы уменьшить ее раздражающее действие на слизистую оболочку желудка. Никотиновую кислоту и содержащие ее препараты (теоникол, никоплан) также лучше давать после еды, чтобы замедлить всасывание и тем самым ослабить побочный эффект. Напротив, ускоренное всасывание при приеме натошак полезно при назначении мочегонных средств, ибо чем выше концентрация в крови, тем сильнее мочегонное действие. По той же причине антибиотики целесообразно принимать до еды. β -адреноблокаторы и нитропрепараты пролонгированного действия (нитросорбид, сустак) следует назначать за 20—30 мин до еды, чтобы предупредить возникновение стенокардии на высоте пищеварения.

Во многих случаях время приема лекарств не имеет зна-

чения, но тем не менее даже здесь психологически правильное будет категорично предписать: «Это — до еды, а это — после еды». Точно так же должна быть четко указана длительность приема лекарства (2 нед, 1 мес и т. д.). Конечно, в дальнейшем и частота приема, и длительность лечения могут быть изменены, но на каждом отдельном этапе приблизительные рекомендации неуместны. Больной должен чувствовать, что вы позаботились обо всем и все предусмотрели. Такая ясность и категоричность дисциплинирует больного и побуждает его аккуратно принимать лекарственные препараты.

Современный врач располагает огромным арсеналом разнообразных лекарственных средств. Нередко это приводит к тому, что больному прописывают сразу множество лекарств и он должен принимать таблетки буквально горстями. Каждое лекарство имеет свои противопоказания и нежелательные побочные действия, и чем большее количество медикаментов мы применим одновременно, тем вероятнее их несовместимость и непереносимость. А если такие реакции возникают, то клиническая картина становится стертой, очень трудно решить, что же произошло — усилились ли проявления самой болезни, несмотря на наше усердное лечение, или же как раз наши назначения (и какие именно?) повинны в ухудшении состояния. Это требует разумной осмотрительности при назначении лекарств. Полифармакотерапия нежелательна еще по одной очень важной причине. Врач всегда должен заботиться о **психологической приемлемости** лечения. Ведь немногие больные соглашались послушно принимать 5—8 различных лекарств одновременно. Кто-то испугается и либо совсем откажется от предписанного лечения, либо самовольно и наугад уменьшит непомерную лекарственную нагрузку, так что «за бортом» при этом могут оказаться наиболее важные средства. Нужно решить для себя, какие средства из множества показанных в данном случае наиболее необходимы больному.

Поясню сказанное на примере. У пожилого человека гипертоническая болезнь, стенокардия, недостаточность кровообращения, экстрасистолия, церебральный атеросклероз (шум в голове, снижение памяти, неустойчивая походка), аденома предстательной железы, лейкоцитурия, атонический запор.

Лечение всех этих состояний хорошо разработано. При недостаточности кровообращения показаны сердечные гликозиды, мочегонные средства, а также рибоксин, препараты

калия и др.: при
траты, β-адреноблока
тонии — различные г
ном атеросклерозе —
воток и метаболизм
растам); при атерос
пидемию (мисклерон)
риальные средства; п
сделать конкретные н

Дигоксин 0,25 мг в 1 таблетке	»
Гипотиазид 0,025 мг	»
Рибоксин 0,2 г	»
Метилдофа 0,25 г	»
Нитросорбид 5 мг	»
Верапамил 0,04 г	»
Пирацетам 0,2 г	»
Циннаризин 25 мг	»
Бисептол 0,48 г	»
Экстракт сенны 0,3 г	»
Клофибрат 0,25 г в 1 капсуле	»
Панангин 0,3 г в 1 драже	»

Итак, больному при
летку! От этой цифры
ведь как редко мы з
тикой! Зато больной не
почувствует недоверие
лекарства полными приг
Я знал одного из
диагноста, необыкновен
роgo особенно поража
вскрытии, когда оказы
все, даже мельчайшие
этот врач при всех с
не имел психологическо
такие развращенные д
лейших отклонений в с
лекарства по каждому пу
Как-т
мис

калия и др.; при стенокардии и экстрасистолии — нитраты, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция; при гипертонии — различные гипотензивные средства; при церебральном атеросклерозе — средства, улучшающие мозговой кровоток и метаболизм в нервных клетках (циннаризин, пирацетам); при атеросклерозе — средства, уменьшающие липидемию (мисклерон); при мочевой инфекции — антибактериальные средства; при запорах — слабительные. Остается сделать конкретные назначения:

Дигоксин 0,25 мг в 1 таблетке		1 таблетка в сутки		
Гипотиазид 0,025 мг	»	1	»	»
Рибоксин 0,2 г	»	6	»	»
Метилдофа 0,25 г	»	3	»	»
Нитросорбид 5 мг	»	3	»	»
Верапамил 0,04 г	»	3	»	»
Пирацетам 0,2 г	»	6	»	»
Циннаризин 25 мг	»	3	»	»
Бисептол 0,48 г	»	4	»	»
Экстракт сенны 0,3 г	»	2	»	»
Клофибрат 0,25 г в 1 капсуле	»	6	»	»
Панангин 0,3 г в 1 драже	»	3	»	»

Итого... 41 таблетка в сутки

Итак, больному придется ежедневно глотать 41 таблетку! От этой цифры даже врача возьмет оторопь, но ведь как редко мы задумываемся над такой арифметикой! Зато больной непременно подведет баланс и сразу почувствует недоверие к медицине: мыслимо ли глотать лекарства полными пригоршнями?

Я знал одного известного кардиолога, блестящего диагноста, необыкновенная точность диагнозов которого особенно поражала при патологоанатомическом вскрытии, когда оказывалось, что были предугаданы все, даже мельчайшие органические изменения. Однако этот врач при всех своих выдающихся способностях не имел психологического чутья. Он формулировал детальные развернутые диагнозы, не упуская даже малейших отклонений в организме больного, и назначал лекарства по каждому пункту.

Как-то ко мне обратилась больная, которая с гордостью сообщила о том, что год назад лечилась в больнице у этого врача. В выписке из истории ее болезни я прочел подробнейший диагноз на полстраницы и, улыбаясь, спросил: «Чем же вас лечили?». — «Мне давали массу лекарств, но половину из них я выкидывала в

окно». Если так поступала женщина, благоговевшая перед знаменитым врачом, то что же говорить о реакции других больных, которых лечат простые, в особенности молодые доктора? Кстати, врач, о котором я рассказываю, наверное, всякий раз убеждался в правильности своей лечебной тактики, слыша от больных слова искренней благодарности. А на самом деле эти больные лечили себя не совсем так, как он предписывал... Что же обуславливало его несомненные лечебные успехи: его назначения, самовольная ли корректировка этих назначений больными, просто время, или же, наконец, психотерапевтическое воздействие авторитета?..

Вернемся к нашему примеру с 41 таблеткой. Очевидно, следует выбрать из перечисленных средств наиболее важные, от которых нельзя отказаться ни при каких условиях.

Гипертония у больного давняя и высокая, так что патогенетически это самое важное заболевание. Пока мы не облегчим работу сердца, пока оно вынуждено преодолевать повышенное сосудистое сопротивление, нельзя добиться хорошей компенсации кровообращения и уменьшить стенокардию. Значит, на первый план надо поставить гипотензивные средства. Их много, что же предпочесть? В настоящее время при лечении гипертонии применяются мочегонные средства. Это избавляет от отеков, уменьшается застой в легких и, стало быть, одышка. Итак, назначим по 25 мг гипотиазида (1 таблетка) в сутки.

Многие врачи автоматически назначают мочегонные средства с препаратами калия, например панангином, забывая, что полноценная пища изобилует калием и калиевая недостаточность может возникнуть только при использовании мочегонных в больших дозах (свыше 50 мг гипотиазида или 40 мг фуросемида в сутки). В нашем примере целесообразна комбинация гипотиазида с β -адреноблокаторами: во-первых, это усиливает гипотензивное действие, во-вторых, β -адреноблокаторы наиболее надежные противоангинальные средства. Для начала дадим анаприлин (обзидан) по 10 мг 3 раза в день (по $\frac{1}{4}$ таблетки 3 раза). Такая комбинация может уменьшить гипертонию и стенокардию, а попутно и экстра-систолию; возможно, что в результате улучшится и сердечная компенсация. Если же эти дозы окажутся недостаточными, их можно увеличить без всякого опа-

сения. Подождите, что нет та-
сердий, где се-
ны; пролонгиро-
важны, ибо и-
но ниже, чем
недостаточного
карств. От ан-
заться совсем,
ется лейкоцитур-
тока мочи (ад-
вую инфекцию
чать уросептики
рении, да и то
бы с атонически-
ному побольше х-
рами!) и есть пи-
из первоначально
у нас осталось то-
Пожалуй, это сли-
щедриться», иначе
точном внимании
что более выступа-
нии, — недостаточность
висимости от этого,
росорбид.
Вот так же ску-
необходимые лекарствен-
бывают такие состо-
обойтись двумя — тр-
надо сказать: «К с-
вам большое количес-
лось к минимуму.
средств очень важно
некоторое улучшение,
чество». Кроме того,
целесообразно исполь-
лекарств: часть назна-
в виде микстуры, част-
Не менее осмотри-
екции. Главным показ-
ания является невозм-
путь: разрушение
(инсулин, строф-
(кома, рвота). Б-

сения. Подождем с назначением дигиталиса, тем более что нет тахисистолической формы мерцания предсердий, где сердечные гликозиды особенно эффективны; пролонгированные нитропрепараты также не столь важны, ибо их антиангинальная активность значительно ниже, чем β -адреноблокаторов. Только в случае недостаточного эффекта прибегнем к помощи этих лекарств. От антисклеротических средств можно отказаться совсем, ибо их эффект сомнителен. Что касается лейкоцитурии, то пока есть препятствие для оттока мочи (аденома простаты), ликвидировать мочевую инфекцию полностью невозможно. Поэтому назначать уросептики следует лишь при клиническом обострении, да и то на короткий срок. Наконец, для борьбы с атоническим запором лучше посоветовать больному побольше ходить (почтальоны не страдают запорами!) и есть пищу, богатую грубой клетчаткой. Итак, из первоначально показанных 12 средств (41 таблетка) у нас осталось только два (1 и $\frac{3}{4}$ таблетки ■ день). Пожалуй, это слишком мало, можно несколько «расщедриться», иначе больной заподозрит нас в недостаточном внимании к его болезням. Поэтому взвесим, что более выступает на первый план, кроме гипертонии,— недостаточность сердца или стенокардия и, в зависимости от этого, добавим либо дигоксин, либо нитросорбид.

Вот так же скупое и осмотрительно надо подбирать необходимые лекарства для каждого больного. Но иногда бывают такие состояния, при которых невозможно обойтись двумя — тремя средствами. В этих случаях надо сказать: «К сожалению, я вынужден назначить вам большое количество лекарств, хотя обычно стремлюсь к минимуму. Доверьтесь мне: каждое из этих средств очень важно для вас. Как только наступит хоть некоторое улучшение, я постараюсь уменьшить это количество». Кроме того, в таких случаях психологически целесообразно использовать различные пути введения лекарств: часть назначить в виде таблеток, часть — в виде микстуры, часть — в виде инъекций или свечей.

Не менее осмотрительного отношения требуют инъекции. Главным показанием для парентерального введения является невозможность использовать пероральный путь: разрушение лекарства в пищеварительном канале (инсулин, строфантин) или невозможность глотания (кома, рвота). Вторым показанием является не-

обходимость достичь особенно высокой концентрации лекарства в крови (например, лечение сепсиса антибиотиками). С другой стороны, парентеральное введение чревато наиболее опасными аллергическими реакциями; возможны также постинъекционные абсцессы. В амбулаторной практике инъекции, кроме того, связывают свободу больного, заставляя его являться ■ процедурный кабинет. Однако нередко злоупотребляют инъекциями (например, инъекции витаминов). Почти все витамины отлично всасываются ■ желудочно-кишечном тракте, это предусмотрено самой природой! Исключения встречаются редко (V_{12}). Зачем же обременять больного уколами? Даже если по каким-то соображениям желательно ввести не физиологически необходимую, а фармакологически активную, т. е. гораздо бо́льшую, дозу витаминов, то и в этом случае пероральный путь не подведет.

Другой пример. При различных болях часто делают инъекции 50 % раствора анальгина. Но ведь такая концентрация высоко гипертонична, это все равно, что сыпать соль на рану — больно! Вдобавок, такой крепкий раствор оказывает повреждающее действие на ткани, отсюда частые инфильтраты и нагноения даже при строгом соблюдении асептики. А ведь прекрасная растворимость анальгина в воде означает, что он быстро всасывается из кишечника. Так не лучше ли дать больному сразу 2 таблетки анальгина внутрь?

Особенно важной становится проблема психологической приемлемости лечения при длительных или хронических заболеваниях. Одно дело назначить по поводу, скажем, острой бронхолегочной инфекции 3,0 г ампициллина ■ сутки: самочувствие больного настолько скверное (лихорадка, одышка, кашель), что он безропотно согласится глотать по 3 таблетки 4 раза в день ■ течение недели. Совсем другая ситуация возникает ■ случае, например, гипертонической болезни, когда необходимо принимать гипотензивные средства непрерывно многие месяцы, а то и годы. Часто спустя несколько дней или недель, как только больному становится лучше, его энтузиазм и прилежание слабеют и он начинает выполнять врачебные назначения нерегулярно.

Как же обеспечить успех здесь? С этой целью продолжим рассмотрение примера с гипертонической болезнью. Во-первых, надо с самого начала разъяснить больному, что он не может рассчитывать на строго

ограниченный во времени
заблуждение!). Поэтому
откровенностью: «К
ваша, мы пока не
как, скажем, пневмония
дольше, поэтому и лека
их ношу, зрение норм
снова вижу плохо. Та
принимаете, давление
сердце не будут страда
Однако в этой пе
но роковое слово «
сразу же дать больно
обязательно будет дл
вполне возможен пер
но, как часто мы ви
артериальное давлени
щая терапия станови
■ излишней, пусть да
жаю следующим обра
тивным, вы должны
писывать цифры. Д
при каждой встрече
дозы лекарств: если
усилить лечение, а е
вам придется прини
и в то же время
превращает удручен
нашего верного пом
исправно лечиться,
вать лекарственный
Вслед за этим
рассудка, чаще во
приема лекарств. «
карства так долго,
ки и др.)?» — «Даж
хоть какой-нибудь
вред от
знаете,
фаркту
одном
лина и
карства
«Эти ле

ограниченный во времени курс лечения (очень частое заблуждение!). Поэтому я нередко говорю с нарочитой откровенностью: «К сожалению, такую болезнь, как ваша, мы пока не умеем вылечить радикально, так, как, скажем, пневмонию. Болезнь ваша не вчера началась, поэтому и лекарства придется принимать очень долго, многие месяцы подряд. Это вроде очков: пока я их ношу, зрение нормальное, но стоит их снять — и я снова вижу плохо. Так и наши лекарства: пока вы их принимаете, давление будет хорошим, ваши сосуды и сердце не будут страдать от перегрузки».

Однако в этой первой беседе совершенно неуместно роковое слово «навсегда». Наоборот, желательно сразу же дать больному надежду, что лечение вовсе не обязательно будет длиться всю жизнь, что в будущем вполне возможен пересмотр «приговора». Действительно, как часто мы видим, что после какого-то периода артериальное давление нормализуется и поддерживающая терапия становится гораздо более скромной, а то и излишней, пусть даже на время. Поэтому я продолжаю следующим образом: «Чтобы лечение было эффективным, вы должны регулярно измерять давление и записывать цифры. Дневник вы будете показывать мне при каждой встрече. Это позволит подобрать нужные дозы лекарств: если давление будет высоким — придется усилить лечение, а если все будет хорошо, то и лекарств вам придется принимать меньше». Такая реалистичная и в то же время оптимистическая перспектива сразу превращает удрученного и тревожащегося больного в нашего верного помощника; он теперь хочет не только исправно лечиться, но и готов регулярно контролировать лекарственный эффект.

Вслед за этим рассеим два распространенных предубеждения, чаще всего отпугивающих от длительного приема лекарств. «А не вредно ли принимать эти лекарства так долго, не пострадает ли моя печень (почки и др.)?» — «Даже если бы эти лекарства и оказывали хоть какой-нибудь вред, он несравнимо меньше, чем вред от вашей болезни. Вот вы не врач, но, конечно, знаете, что нелеченая гипертония часто приводит к инфаркту или инсульту; а слышали ли вы пусть даже об одном случае смерти от адельфа (допегита, анаприлина и т. п.)?» — «А не привыкну ли я к вашим лекарствам? Ведь тогда нечем будет меня лечить...» — «Эти лекарства применяют уже десятки лет, они испы-

таны на сотнях тысяч больных, и еще никто из врачей не описал привыкания к ним».

Уже говорилось о важности обходиться минимальным количеством лекарств. В случае хронического заболевания этот принцип «экономии» приобретает особое значение. Чем меньше мы назначим таблеток, чем реже их прием (лучше бы 1 раз в день, если это возможно), тем больше вероятность послушания больного.

Если больной не находится в очень тяжелом состоянии (например, гипертонический криз с энцефалопатией или отек легких), когда показана быстрая интенсивная терапия, то разумнее начать лечение с относительно небольших доз или с самой несложной комбинации лекарств. Даже если эти первоначальные назначения окажутся недостаточными, больной оценит вашу осторожность и с доверием перейдет к более энергичному лечению, которое вы ему предпишете при повторном осмотре. Наоборот, если мы поторопимся и «переборщим» с самого начала, то могущие возникнуть неприятные или даже опасные явления (тошнота, головокружение и др.) лишь отпугнут больного, причем не только от нас, но и от медицины вообще: «Нет, уж лучше болеть, чем так лечиться!».

При повторной встрече участливо расспросим больного с живым интересом: все ли лекарства он принимал, не было ли каких-нибудь неприятных побочных явлений, как самочувствие — лучше, хуже или без перемен. Нередко оказывается, что больной выполнял не все назначения: либо не достал какого-то лекарства, либо оно, по его мнению, вызывало неприятные ощущения, либо «я прочитала инструкцию, а там такие „ужасы“, что я решила его не принимать», либо, наконец, просто надоело лечиться. В любом случае надо показать больному, что вы вовсе не обижены его непослушанием и не видите в этом недоверия к себе. Разве мы сами так уж неуклонно выполняем свои решения, как бы разумны и полезны они ни были? Если, несмотря на упущение, результаты оказались хорошие, то тем лучше — значит, можно обойтись меньшим количеством средств. Если же улучшения не наступило, легко объяснить больному, что неуспех вызван именно неполноценным лечением, и убедить его попробовать на сей раз весь предписанный комплекс. Больной не выполнил нашу просьбу и ни разу не измерил давление. Конечно, легче холодно произнести: «Ну, если вы сами не заинтересованы в

лечении, что
больной — о
ный человек
меня с про
тор, так мы
„примус на
становится с
чаемся повто
вые: ведь я
ление, больше
Придется нач
чется побыстр
В случае
росовестно в
мени разумно
или кратность
а 2). Если та
во радостного
старательно в
тат окажется о
то не только
чение эффектив
рано.
Иногда бол
нимает одно и
ствие пациента
ляет однообрази
заменить это ле
действия: напри
сто триамтерена
напроксен и т.
вают больному,
и не успокоился
Надо помнить
потный реципиент
своими слабостями
страхом, предрас
скудно. Поэтому
надо поддерживать
хвалю или укоряю
До сих пор м
ного поведения в
обще. Естественно,
даться принаравли
туации. Каждый б

лечении, что же я тогда могу сделать?». Как-то один больной — озлобленный, мрачный и, наверное, несчастный человек — в ответ на такую фразу посмотрел на меня с пронзительным укором и ответил: «Что же, доктор, так мы и будем, как на коммунальной кухне — „примус на примус“? До сих пор, как вспомню, мне становится стыдно... Лучше поэтому сказать: «Мы встречаемся повторно, а я как будто снова вижу вас впервые: ведь я так и не знаю, как реагировало ваше давление, больше вам надо лекарств или, наоборот, меньше. Придется начинать все сначала. Неужели вам не хочется побыстрее добиться улучшения?»

В случае успешного лечения, когда больной добросовестно выполняет все предписания, время от времени разумно пытаться уменьшить количество лекарств или кратность их приема (допустим, не 3 раза в день, а 2). Если такая попытка окажется удачной, то чувство радостного облегчения поможет больному и впредь старательно выполнять рекомендации; если же результат окажется отрицательный (давление повысится вновь), то не только вы, но и сам больной убедится, что лечение эффективно, однако прекращать его пока еще рано.

Иногда больной очень долго — полгода, год — принимает одно и то же средство. Оно помогает, самочувствие пациента хорошее, но ведь как надоедает и утомляет однообразие... В таких случаях можно временно заменить это лекарство другим, близким по механизму действия: например, вместо анаприлина — тразикор, вместо триамтерена — верошпирон, вместо ибупрофена — напроксен и т. п. Такие маленькие перемены показывают больному, что врач по-прежнему не расслабился и не успокоился на достигнутом.

Надо помнить, что больной — не пассивный, безропотный реципиент наших лекарств, а живой человек со своими слабостями, переменчивым настроением, тревогами, страхом, предрассудками. Долго лечиться — трудно и скучно. Поэтому стремление к регулярному лечению надо поддерживать постоянно, всякий раз подбадривая, хваля или укоряя больного.

До сих пор мы рассматривали психологию врачебного поведения в целом, по отношению к больному вообще. Естественно, в каждом отдельном случае приходится принаравливать к конкретной жизненной ситуации. Каждый больной уникален, ибо даже при од-

ной и той же болезни личность человека неповторима. Среди бесчисленного множества ситуаций можно выделить несколько типичных и более трудных в психологическом отношении:

1. «Неприятный» больной;
2. Умиравший больной;
3. «Упирающийся» больной (выписка больного из стационара);
4. Заболевший врач;
5. Диагностика невротических расстройств в общей врачебной практике.

«Неприятный» больной

Случается, что некоторые пациенты вызывают у врача раздражение и неприязнь. Как же избавиться от таких чувств? Рассмотрим типичные случаи.

Больной при повторных визитах говорит, что ему не становится лучше. Вы ожидаете благодарности, которая льстит и лишней раз подтверждает ваше мнение о себе как о хорошем враче, но вместо этого возникает неприятное чувство «осечки». Напрасно вы ищете все новые способы лечения — по-прежнему видите унылую физиономию и слышите жалобы. При этом речь идет не о раке в последней стадии или другом неизлечимом заболевании (это особая проблема), а о такой болезни, которая обычно поддается терапии. Врач досадно начинает сердиться, больной становится ему неприятен как свидетель его бессилия. «Господи, хоть бы он оставил меня в покое!». Как ни странно, больной продолжает обращаться именно к вам, хотя вроде бы без всякой пользы для себя. Вот это обстоятельство и содержит в себе разгадку. В самом деле, зачем больные обращаются к врачу? Большинство, естественно, чтобы вылечиться от болезни. Однако бывают и другие причины.

При трудной, горестной или одинокой жизни человеку нередко хочется облегчить душу, он жаждет хотя бы видимости участия. И если причина неустраима, например, потеря близкого человека, то пациент, получив некоторое утешение от беседы, вновь явится к вам спустя некоторое время. Было бы странно, если бы ему помогли ваши лекарства; он приходит совсем не за ними. Значит, вы ему все-таки помогаете, хотя совсем не так, как другим больным. И если это понять, то

раздражение уйдет и появятся сострадание и терпимость: «Ну что ж, пусть себе приходит, раз ему от этого легче». Кроме того, вам станет ясно, что этому больному и не надо прописывать все более сильные или дорогие средства. Наоборот, нередко достаточно ограничиться минимальной лекарственной терапией, назначая медикаменты в малых дозах: для больного это лишь предлог для новой встречи и беседы. Такая беседа вовсе не отнимает много времени. Иногда достаточно задать несколько сугубо медицинских вопросов (как ваше самочувствие, нет ли болей, одышки, кашля и др.), чтобы больной почувствовал, что им интересуются, что он не совсем одинок, что есть человек, к которому можно обратиться в трудную минуту. Он приходит к вам, чтобы, говоря словами Пушкина, «...отдохнуть, вздохнуть о пристани и вновь пуститься в путь». И разве оказание такой помощи не является терапией?

Есть другая категория больных. Для них каждый визит к врачу доказывает окружающим, что они серьезно больны и вынуждены постоянно лечиться. Среди них бывают эгоисты и люди, чрезмерно озабоченные своим здоровьем, которые регулярно обращаются к врачу. Однако часто за этим кроется неосознанное желание уйти от трудностей жизни, получить, так сказать, моральный больничный лист. Иногда таким больным можно помочь, деликатно и настойчиво снимая их необоснованные страхи и предрассудки. В других случаях достичь этого не удастся. Как бы то ни было, эти люди действительно больны, только лекарства здесь бессильны, ибо в основе болезни лежит какой-то жизненный конфликт. Ожидание визита к врачу, встреча с ним и пусть даже короткое пребывание в необычном мире медицины, столь отличном от повседневной пошлой жизни, воспоминания об этом, возможность ответить на расспросы близких, щегольнув медицинскими терминами, — все это облегчает их жизненное бремя. К тому же утешительно сознавать, что нести это бремя тяжело не из-за непростительного слабодушия, а из-за болезни. Здесь вы помогаете не своими знаниями или предписаниями, а потому, что вы находитесь в должности врача — особого человека, к которому может обратиться всякий, считающий себя больным. Эти пациенты также благодарны вам, но ведь суть их страдания такова, что они не могут сказать: «Доктор, боль-

шое спасибо, мне стало гораздо лучше, я уже почти совсем здоров!» Так, инвалид повторно обращается в мастерскую ортопедической обуви не потому, что прежняя обувь плоха, — нет, он был вполне доволен ею, — ■ потому, что она износилась и нужна новая. И если больным становится легче, то вместо чувства бессилия или неприязни у вас возникнет сознание с пользой выполненного врачебного долга.

Случается, что врача раздражает медлительность больного. Обычно такой больной вовсе не претендует на то, чтобы ему уделили больше времени, чем другим. Поэтому вместо того, чтобы мысленно обвинять его ■ эгоизме, лучше подумать, не являются ли вялость и заторможенность признаками гипотиреоза или депрессии. Если несколько соответствующих вопросов подтвердят такое предположение, то удовольствие от собственной догадливости сразу восстановит ваше хорошее настроение. Допустим, что у больного действительно снижены интеллект или память. Чем, сердясь, вновь и вновь втолковывать рекомендации, лучше сразу же четко и конкретно написать все свои советы на листке бумаги. Это займет всего 1—2 мин, но ваша запись окажет такому больному истинную помощь и обеспечит правильное выполнение всех предписаний.

Иногда больной выводит врача из себя своей чрезмерной обстоятельностью и дотошностью, задает бесконечные вопросы, которые кажутся наивными. Такое поведение отражает его тревогу: он боится остаться наедине со своей болезнью ■ потому хочет запастись ответами на все возможные случаи. Листок с рекомендациями здесь также успокаивает больного: теперь у него есть спасительное руководство...

Антипатию может вызвать и словоохотливый больной, особенно при недостатке времени. Повторные одергивания и поглядывание на часы только обижают и вызывают напряженную атмосферу. Здесь полезнее побыстрее перейти к нарочито обстоятельному физикальному обследованию, тщательному рассмотрению ЭКГ, рентгенограмм и анализов. Больной увидит, что хотя его и не выслушали так, как ему хотелось, но врач не пожалел времени на добросовестное обследование. Вслед за этим надо перейти к подробным советам и рекомендациям. Больной тотчас превращается во внимательного слушателя и разве что иногда переспрашивает и уточняет.

Встречаются также
ние на особое отношение
ния и лечения. Поняв
ответ нарочито холодно
а перепуганные эти люди
гонят их к врачу. За
жизнь, расталкивая
ной помощи. Попытк
ни к чему хорошему
ожидаемой помощи.
отчаяние, его тревога
чиняет вести себя еще
В этих случаях
щую больным тревог
ловым врачебным под
наконец в надежные
минут становится гор
потакая такому паци
то мелочах. Наприм
да очевиден мышечн
Если же требование
вредно, то часто
предложив больному
нимый и психолог
валент (например,
непоказанной холер
дование желудочно
и т. п.).
«Трудны» и не
которых стремлени
становится сверхце
по всей стране,
врачевания (голо
и т. п.). С друг
желыми хроничес
им страданием,
ются к врачам
шении, и не тра
к различным ц
случае необходи
шить значимост
привить
к ней.

Встречаются также капризные больные, претендующие на особое отношение к себе и повышенное внимание, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения. Поначалу так и хочется вести себя в ответ нарочито холодно и жестко. Однако в большинстве случаев эти люди вовсе не избалованные эгоисты, а перепуганные до смерти больные. Панический страх гонит их к врачу, заставляя, забыв приличия и сдержанность, расталкивать очередь и требовать немедленной помощи. Попытка «поставить наглеца на место» ни к чему хорошему не приводит: не получив страстно ожидаемой помощи, такой больной впадает в полное отчаяние, его тревога и возбуждение нарастают, и он начинает вести себя еще хуже.

В этих случаях надо, наоборот, уменьшить движущую больным тревогу спокойным внимательным и деловым врачебным подходом. Почувствовав, что он попал наконец в надежные руки, больной уже через несколько минут становится гораздо более спокойным. Отнюдь не потакая такому пациенту, можно уступить ему в каких-то мелочах. Например, снять электрокардиограмму, когда очевиден мышечный характер болей в области сердца. Если же требование нелепо, неосуществимо или просто вредно, то часто удается символический компромисс, предложив больному какой-то безобидный легко выполнимый и психологически приемлемый для него эквивалент (например, дуоденальное зондирование вместо непоказанной холецистографии или фракционное исследование желудочной кислотности вместо гастроскопии и т. п.).

«Трудны» и нередко раздражают врача больные, у которых стремление избавиться от болезни любой ценой становится сверхценной идеей. Они ездят с этой целью по всей стране, их влекут неортодоксальные методы врачевания (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога и т. п.). С другой стороны, большинство больных тяжелыми хроническими заболеваниями смиряются со своим страданием, ведут активный образ жизни, обращаясь к врачам редко, только при значительном ухудшении, и не тратят времени, сил и средств на поездки к различным целителям. Поэтому в рассматриваемом случае необходимо в первую очередь попытаться уменьшить значимость болезни в глазах больного, попросить привить ему более стойкое, спокойное отношение к ней.

Скажем, у больного бронхиальная астма, он давно принимает преднизолон и одержим идеей во что бы то ни стало освободиться от него. При расспросе выясняется, что неоднократные попытки отмены всякий раз приводили к резкому ухудшению, а то и к госпитализации в реанимационное отделение. По-видимому, это действительно стероидозависимая форма. Обещать такому больному освобождение от кортикостероидов не серьезно. Можно сказать ему примерно следующее: «Вы сами видите, что все попытки отмены гормональных средств как самовольно, так и врачами кончались печально. Значит, дело не в том, что ваши врачи были плохими, а в том, что болезнь другим средствам не поддается. Вашу болезнь не „испортили“ гормонами, наоборот, их пришлось применить только потому, что с самого начала болезнь стала протекать так тяжело и опасно. Эти лекарства избавляют вас от инвалидности и спасают от реанимации. Конечно, было бы лучше, если этого можно было добиться другими средствами. Но ведь есть множество других болезней, при которых больные вынуждены постоянно принимать сильнодействующие и небезопасные лекарства; например, больные сахарным диабетом ежедневно делают себе уколы инсулина, и это лишь продлевает им жизнь и делает ее почти нормальной. Вы боитесь, что кортикостероиды „испортят“ надпочечники, но разве адреналин, эфедрин или астмапент не вредны для сердца и сосудов? Разве бронхиальная астма, если ее не лечить, не вызывает эмфизему легких? Значит, нам надо выбирать наименьшее зло, наименьшую плату, которая позволила бы вести полноценную жизнь. Задача, стало быть, не в том, чтобы избавить вас от гормонов — пока это невозможно, — а в том, чтобы выработать такой комплекс поддерживающей терапии, при которой вы бы их получали в минимальной дозе».

Далее надо сразу перейти к обсуждению совместно с больным (учитывая его прошлый опыт, эффективность или непереносимость различных лекарств) всех показанных дополнительных средств (интал, кортикостероидные аэрозоли, дыхательная гимнастика, отхаркивающие средства и др.). Надо также подробно изложить тактику снижения дозы кортикостероидов (перераспределение большей части на утро, попытки приема через день, скорость снижения, ситуации, когда необходимо вновь увеличить дозу, и т. д.).

В заключение
тем, что новые п
тала уже позво
от кортикостеро
менения; вна
появятся еще
решат и его проб
Такой подход
бы на некоторо
ется его панич
Большой начинае
Наконец, ест
рессивных, груб
ними дело, есл
пока заболевания
возможных кли
кой пользы и
рия, вражды, а
лезнь не так
характера явл
равновесия вра
Прежде все
ны. Следует п
подозрительнос
тельным свой
болезни вроде
ной оценки.
кину предста
колоритного
чал: «Нет, в
лото, а не пс
Не секрет
чаясь с ярки
наком или
это радость
отнестись та
подопечному?
Такой подх
ствие, но и н
беспристрастно
болезни эти па
консультации пси
шем, и для са
жалобы.
Не поддавшись

В заключение можно честно обнадежить больного тем, что новые противоастматические средства вроде интала уже позволяют в некоторых случаях отказаться от кортикостероидов даже после их длительного применения; вполне возможно, что ■ недалеком будущем появятся еще более эффективные средства, которые решат и его проблему.

Такой подход позволяет больному надеяться хотя бы на некоторое облегчение. Одновременно уменьшается его панический страх перед кортикостероидами. Больной начинает спокойнее относиться к своей болезни.

Наконец, есть категория озлобленных, мрачных, агрессивных, грубых больных. Особенно тяжело иметь с ними дело, если вдобавок они страдают неизлечимым пока заболеванием. Эти больные уже перебивали во всевозможных клиниках в разных концах страны без всякой пользы ■ уже при первой встрече полны недоверия, вражды, а то и презрения к вам. Даже если болезнь не так уж серьезна, эти отталкивающие черты характера являются большим испытанием душевного равновесия врача.

Прежде всего надо осознавать, что эти люди больны. Следует приучать себя относиться к их злобности, подозрительности и неопрятности не как к отрицательным свойствам характера, а как к симптомам болезни вроде систолического шума, т. е. без нравственной оценки. Рассказывают, что, когда П. Б. Ганнушкину представляли на консультации такого особенно колоритного больного, он приходил в восторг и восклицал: «Нет, вы только посмотрите, какой психопат! Золото, а не психопат!».

Не секрет, что врач испытывает удовольствие, встречаясь с ярким, классическим («как в учебнике!») признаком или симптомом вроде шума трения перикарда: это радость узнавания редкого феномена. Почему не отнестись таким же образом и к нашему трудному подопечному?

Такой подход поможет сохранить не только спокойствие, но и наблюдательность и позволит непредвзято, беспристрастно отметить и зафиксировать ■ истории болезни эти патологические черты, что важно и для консультации психиатра, если она понадобится в будущем, ■ для самозащиты в случае необоснованной жалобы.

Не поддавшись гневу или негодованию, мы яснее

увидим в этом тягостном комплексе то, что действительно требует лечения и что реально может помочь этому в сущности несчастному человеку. И если вместо привычной уже ответной вражды и антипатии больной впервые встретит спокойный, интеллигентный, истинно профессиональный прием, он это оценит, даже если и не подаст виду. Он отнесется к вашим назначениям и рекомендациям с гораздо большим послушанием и доверием, чем прежде.

Итак, лицемерно скрывать антипатию к больному не стоит: это утомляет и вызывает раздражение, которое невольно проявляется во взглядах, жестах, словах; больной это чувствует, и атмосфера становится еще более тягостной. Гораздо разумнее и благороднее попытаться понять, в чем причина антипатии. Когда причина станет ясной, раздражение уйдет и вы снова обретете тот душевный покой и благожелательность, без которых доктору нельзя работать.

Умиравший больной

Что может быть тягостнее для врача, чем изо дня в день подходить к постели обреченного человека и чувствовать свое бессилие перед неумолимо приближающейся смертью? Как посмотреть этому больному в глаза, что сказать ему? Эти мысли не дают покоя, пока вы осматриваете и палате остальных больных. Вот и его очередь. Он лежит, отвернувшись к стене и ровно дышит, как будто дремлет. «Всю ночь не спал», — объясняет сосед. — «Заснул, наверное». Вы вздыхаете с облегчением. Не стоит будить беднягу, пусть отдохнет. «Я зайду попозже, — обещаете вы вслух и поскорее выходите из палаты. Но позднее, ах, как не хочется возвращаться... Кстати, наваливаются срочные дела, там уже и рабочий день заканчивается, и палате послеобеденный сон, зачем я буду их всех тревожить? Оставляю-ка я все до завтра...»

Вот так поступал я в молодости и очень страдал от своего позорного малодушия. Что же делать в такой ситуации, чтобы не было мучительно стыдно самому; чем помочь больному тогда, когда, кажется, и помочь-то нечем? Неужели здесь ничего не остается, кроме притворного оптимизма и назначений для видимости, в эффективность которых врач не верит? Конечно, рецептов дать невозможно, но если поразмыслить над этой проб-

лемой, то станут ясными хотя бы некоторые исходные пункты.

Когда-то меня поразили афоризм одного французского клинициста: «Врач по своей природе борец со смертью, но противника надо уважать, и если поражение неизбежно, следует с достоинством покинуть поле битвы». Сказано эффектно, но что это значит? Действительно, умирающий больной свидетельствует о нашем полном и окончательном поражении в борьбе с болезнью. Так что же, неужели незадачливому врачу надо поскорее убраться восвояси, особенно если ему кажется, что и его ошибки способствовали роковому исходу? Но позвольте, а как же быть с умирающим, покинуть его? Достаточно задать такой вопрос, чтобы увидеть его нелепость и чудовищность. Бесспорно, врач — борец со смертью, но самое главное его назначение — помогать страдающему человеку. Упомянутый афоризм означает только то, что не надо подвергать безнадежно больного бесплодным и тем более мучительным врачебным вмешательствам.

Мы привыкли считать смерть величайшим злом, которое только может постигнуть человека. Но когда монахиню мать Терезу, отдающую всю свою жизнь помощи жителям трущоб в Калькутте и получившую за свою деятельность на ниве милосердия Нобелевскую премию мира, спросили, какое несчастье в жизни она считает самым ужасным, она ответила: «Одиночество». Да, не болезнь, не голод и даже не смерть, а одиночество.

Умирающий больной не всегда страдает от болей или одышки, но он всегда страдает от одиночества: он чувствует, как живые с их повседневными заботами, радостями и горестями постепенно покидают его и он остается один на один с болезнью и смертью. Боль или одышку можно облегчить инъекцией наркотика, но бремя одиночества требует совсем другой помощи — сострадания. Часто больной получает это драгоценное лекарство в полной мере от любящих родных. Но, к несчастью, так бывает далеко не всегда, и от кого же тогда ему ждать этой помощи, как не от доктора. Кроме того, в отличие от родственников мы, врачи, вооружены специальными знаниями. Вот это и определяет наше особое и незаменимое место у постели умирающего.

Перспектива внезапной, близкой смерти может произвести на здорового человека ужасающее впечатление.

ние. Но когда больной угасает медленно и видит, как неуклонно худеет и слабеет, когда вдобавок еще страдает от болей, одышки или других тягостных ощущений, то он, как правило, устает и смиряется со своей участью. Смерть уже не кажется ему столь страшной и ужасной, как нам: его шкала ценностей начинает меняться. Нередко на первый план выступают преувеличенные заботы о нарушенных функциях своего тела (запор, потливость, отсутствие аппетита, тошнота). Еще чаще кругозор больного застилается болями, причем из-за ощущения покинутости и одиночества особенно усиливается психологический компонент боли, делает ее нестерпимой. И если мы, подойдя к больному, ни на минуту не можем забыть о том, что он обречен, то сам он думает о смерти отнюдь не постоянно. Не надо смотреть на него жалкими, испуганными глазами: он несчастен не потому, что скоро умрет, а потому, что страдает. Тогда он из смертника превращается просто в больного, нуждающегося в вашей помощи и имеющего на нее полное право. Вот что оправдывает наше присутствие у его постели и позволяет с чистой совестью выполнять свою врачебную работу не для видимости, а всерьез.

Вспомним больного, отвернувшегося к стенке. Скорее всего он только притворился спящим или нарочно постарался уснуть ко времени обхода, чтобы не видеть виноватых или бегающих глаз врача и не слышать уверений, что ему уже лучше или скоро станет лучше. Такая явная ложь не только оскорбляет его. Больной видит, что, кроме этих жалких слов, у доктора нет для него ничего и, стало быть, умирать придется ■ одиночку...

А ведь этот больной не так уж много просит у врача. Ему нужна помощь двоякого рода: психологическая и чисто медицинская. Во-первых, он хочет быть уверенным, что ему искренне сочувствуют ■ сострадают, что его не бросят и останутся с ним до конца. Во-вторых, он хочет знать, что врач приложит все старания, чтобы облегчить страдания плоти.

Вот почему к умирающему больному надо подходить гораздо чаще, чем к остальным больным, несколько раз ■ день, пусть даже всего на несколько минут. Нередко достаточно еще раз прощупать пульс, выслушать сердце, осмотреть язык, дать ему попить или проверить, суха ли под ним простыня, чтобы больной по-

чувствовал, что доктор постоянно помнит его и заботится о нем.

Во время обычного ежедневного обхода этому больному надо уделить хоть немного больше времени, чем другим. Не показывайте своей обескураженности, но и не прячьтесь за маской наигранного оптимизма. Спокойно сядьте у постели, пощупайте пульс, взгляните с сочувствием ему прямо в глаза, помолчите несколько секунд (быть может, он первый хочет что-то сказать), затем начните свой обычный расспрос и осмотр.

У больного злокачественная опухоль легкого и геморагический плеврит; за последние дни вновь усилились одышка и кашель, было кровохарканье. «Как вам дышится?» — «Ох, всю ночь не спал, задыхаюсь, лежать совсем не могу...» — «Да, замучились вы, вижу... Позвольте, я осмотрю вас». После молчаливого сосредоточенного осмотра: «Действительно, жидкости в плевральной полости стало больше, это факт. Отсюда и ваша одышка. Ну что же, придется сегодня повторить прокол. Удалим жидкость, вам сразу станет легче. А чтобы жидкость вновь не накопилась, мы введем вам в плевру особое лекарство. Сердце у вас крепкое: нет отеков и перебоев, пульс ритмичный, хорошее давление; это хорошо. Ну, а сердцебиение — это не страшно, хотя ощущение неприятное».

Обязательно узнайте у больного, выполнены ли все вчерашние назначения, и, если что-то не сделано, тотчас при нем выясните у сестры причины этого. Непременнo ежедневно осведомляйтесь о естественных отправлениях (был ли стул, достаточно ли мочеотделение, что он ел за истекшие сутки). Ведь чем беспомощнее больной, тем большее значение приобретает заботливый уход. Расспрос такого рода всегда вызывает чувство благодарности: ведь и мать заботится о своем малыше таким же образом.

Если налицо явное ухудшение (увеличились отеки, повысилась температура, усилились боли и т. п.), то не надо вопреки очевидности уверять больного, что ничего плохого не произошло («Да что вы, отек не стал больше, это вам кажется!»). Это плохая тактика. Признайте неприятный факт, кратко посочувствуйте и продолжайте осмотр. Доверие больного к вам не ослабеет от того, что вы мужественно признали неудачу, скорее наоборот, вы продемонстрируете ему свою честность. Поэтому он с доверием отнесется к тем ободряющим словам,

которые вы ему скажете позднее. В этой связи, если ваше прежнее назначение не принесло больному желанного облегчения, надо тут же, во время обхода пообещать ему перемену в лекарствах или дозировках и не забыть его выполнить.

Если же в процессе расспроса или осмотра вы находите хоть что-то положительное, обязательно поделитесь этим с больным. Например, спустя несколько дней после торакоцентеза: «А жидкость-то у вас не набирается вновь!» Или «Хрипов в легких сегодня у вас определенно меньше, да и мокрота просветлела!»

Иногда больной вдруг спросит прямо в лоб: «Доктор, плохо мое дело, а?» — и так пронзительно взглянет, что стыдно ответить пустой банальностью. Как тут быть?

Многие врачи на Западе считают, что больной должен знать всю правду, чтобы иметь возможность распорядиться оставшимся у него временем, сделать завешание и т. п. Английский хирург Кэлнан приводит следующий пример из своей практики: «Один из моих пациентов в малозначительной беседе вдруг сказал: „Наверное, я умру от рака“. Моим ответом было: „Да, наверное... Но в каком-то отношении вы удачливее меня. Я не знаю, какой окажется моя смерть, может быть насильственной. Ваша такой не будет и она будет безболезненной“. Затем мы стали обсуждать его семейные дела и то, как его родные устроятся после его смерти».

Мне за 35 лет врачебной работы таких бесед вести не пришлось, и я не могу представить себя произносящим такие слова. У каждого больного, как бы ни был он сломлен болезнью, все-таки теплится надежда на благополучный исход, и было бы жестоко не поддерживать ее. Даже когда больной с решительным видом настаивает на том, чтобы ему сказали «всю правду», в душе он чуть-чуть надеется на благоприятный исход.

У величайшего знатока человеческой души Ф. М. Достоевского есть высказывание по этому вопросу. В романе «Идиот» умирающий от легочной чахотки больной говорит: «Мне надо было человека, чтобы сказал мне, наконец, голую правду, не нежничая и без церемонии. Так он и сделал, и не только с готовностью и без церемонии, но и даже с видимым удовольствием (что, по-моему, уже и лишнее). Он брякнул мне прямо, что мне осталось около месяца, но, может быть, даже и го-

раздо раньше умру... Все это Кислородов сообщил мне даже с некоторою шеголеватостью бесчувствия и неосторожности и как будто делая мне тем честь, то есть показывая тем, что принимает и меня за такое же всеотрицающее высшее существо, как и он сам, которому умереть, разумеется, ничего не стоит».

Однако если под пытливым взглядом больного вы бодро и уверенно скажете: «Да что вы, в самом деле! Ничего дурного у вас нет, скоро вы поправитесь, вот увидите!» — такой ответ может оказаться в настолько вопиющем противоречии с печальной действительностью, ложь будет так очевидна, что больной тотчас поймет безнадежность своего положения. Нет, больному надо показать, что вы не хуже его видите всю трудность и опасность болезни, но, несмотря на это, некоторые, пусть незначительные, признаки позволяют вам не терять надежды. Иногда я говорю в таких ситуациях: «Если бы я считал борьбу проигранной, разве я так возился бы с вами?» Или «Вам сейчас очень тяжело, верю. Но, честное слово, мне приходилось видеть больных в гораздо более отчаянном положении, и тем не менее все оканчивалось благополучно».

Поскольку слово «рак» для большинства больных означает неизлечимое и мучительное заболевание, быстро приводящее к смерти, то и ответ на вопрос: «Неужели у меня рак?» и говорю: «Кроме рака есть еще много других болезней, которые тоже протекают тяжело и трудно поддаются лечению. Вам сейчас плохо не потому, что у вас рак, а просто болезнь очень упорная, да и сопротивляемость вашего организма снижена». Кстати, произнося такие слова, вовсе не приходится кривить душой. Разве мы располагаем радикальными средствами лечения, скажем, атеросклероза или диабета, и разве эти заболевания не приводят к смерти, иногда ранней и неожиданной (фибрилляция сердца, эмболия, почечная недостаточность и др.). Часто удается создать для больного правдоподобную версию заболевания, которая объясняла бы в его глазах главные симптомы, но была бы лишена роковой окраски (например, при злокачественной опухоли желудка или поджелудочной железы — «хронический гепатит», «цирроз печени», при опухоли легкого — «пневмосклероз», «абсцедирующая пневмония» и т. п.).

Чтобы поддержать дух больного и иметь возможность честно смотреть ему в глаза, врачу следует куль-

тивировать собственный оптимизм и постоянно изыскивать новые способы помощи, пусть симптоматической. Даже если роковой конец неизбежен и близок, ■ наших руках есть много средств эффективно облегчить положение больного, кроме наркотиков. Так, при упорном экссудативном плеврите не надо ограничиваться повторным торакоцентезом; введение в плевральную полость склерозирующего вещества (цитостатик, тетрациклин) приводит к облитерации плевральной полости и избавляет больного от одышки, вызванной сдавлением легкого и смещением средостения. При болях, вызванных метастазами в кости, часто помогает облучение пораженного участка. Я уже не говорю о паллиативных операциях и химиотерапии, к которым прибегают реже, чем следовало бы.

Отчаиваться допустимо только после смерти больного.

Диагноз может оказаться ошибочным, а что касается шаткости наших прогнозов, то уместно напомнить старую медицинскую шутку. К знаменитому врачу бросается на улице незнакомец с возгласом: «Профессор, вы спасли мне жизнь!»—«Каким образом? Что-то я вас не припомню»—«Я умирал, все уже потеряли надежду, но вас пригласили на консультацию, вы осмотрели меня, сказали только одно слово, и я выздоровел!»—«Какое же слово?»—«Морибундус!» (умирающий).

Назначая лекарства умирающему больному, мы преследуем две цели: во-первых, облегчить его тягостные ощущения (боль, одышка, тошнота и т. п.)—симптоматическое лечение; во-вторых, создать уверенность в активной врачебной борьбе с болезнью, т. е. поддерживать его пусть слабую надежду на выздоровление. Поскольку медикаменты, используемые с этой второй целью, не могут оказать реальной фармакологической помощи, то назначать их надо очень сдержанно, чтобы по крайней мере не навредить или не вызвать дополнительных, ничем не оправданных страданий. Как-то мне пришлось консультировать больного с множественными метастазами злокачественной опухоли желудка в печень. Среди прочего больной получал 2 инъекции ново-шпы в сутки. «Зачем?»—«Но ведь это сосудорасширяющее»,—недоуменно ответил лечащий врач. «Какие же сосуды вы хотите расширять у этого больного, может быть те, которые питают опухоль?»—«Но ведь

надо же больному что-нибудь назначить, хоть для видимости».

Даже, оказавшись вынужденным создавать лишь видимость лечения, врач не должен бездумно и бездушно назначать первое пришедшее в голову средство. Надо и в этой ситуации сохранять внутреннюю честность, врачебную добросовестность и сострадание к больному. Из множества лекарств надо выбирать только такие, которые имеют хоть какое-нибудь реальное или психологическое показание в данном случае. Например, вместо упомянутой болезненной инъекции но-шпы разумнее было бы назначить церукал в надежде на уменьшение тошноты или отрыжки; или бефунгин в надежде на улучшение аппетита (к тому же можно утешить больного, что это растительный экстракт, а не «химия»); или экстракт женьшеня, если больной слышал о «чудодейственной силе» этого средства.

Больной ■ без того страдает от своей неизлечимой болезни. Не будем его обременять еще побочными действиями лекарств, если при этом он не получает никакой выгоды. Конечно, снять мучительный кашель кодеином ценой усиления запора вполне допустимо, тем более что запор можно нейтрализовать слабительным или клизмой. Однако длительно назначать антибиотики по поводу субфебрильной температуры, которая чаще обусловлена не инфекцией, ■ самой опухолью, и вызывать стоматит, кожную аллергию и кишечный дисбактериоз — неразумно и даже жестоко. Одышка при злокачественной опухоли не может пройти от сердечных гликозидов; зачем же назначать строфантин или дигоксин, рискуя вызвать тошноту или нарушения ритма сердца? В терминальной стадии сердечной недостаточности нечего рассчитывать на уменьшение одышки и отеков за счет увеличения дозы сердечных гликозидов. В этой ситуации разумнее переходить на возрастающие дозы мочегонных.

В случаях, когда больной становится сонлив, оглушен, а то и вовсе лежит без сознания, нельзя отдаляться от него, переложив все заботы на медицинскую сестру. По-прежнему надо часто подходить к нему хотя бы для того, чтобы проверить ухожен ли он, не переполнен ли мочевой пузырь, обработаны ли пролежни и т. п. У больного бывают минуты просветления, ■ он должен видеть, что мы его не забыли и не бросили. Кроме того, наше добросовестное выполнение вра-

чебного долга на этом финальном этапе болезни оказывает мощное психотерапевтическое воздействие на окружающих, будь то соседи по палате или родные умирающего. Все они зорко наблюдают за нами и судят строго, но справедливо: как же они доверятся нам впоследствии, если в трудном экзамене мы обнаружили черствость и равнодушие?

Вот пример. Во время обхода палаты у одной из моих больных внезапно остановилось сердце. Я бросился к ней, немедленно начал проводить непрямой массаж сердца, искусственное дыхание; медицинская сестра вызвала бригаду из реанимационного отделения больницы и стала помогать мне. Спустя несколько минут в палате кипела совместная работа нескольких врачей. Ходячие больные поспешили выйти, но прикованные к постели стали вынужденными свидетелями действия, для них не предназначенного. Я мельком подумал, как это нехорошо, но вывезти больную из палаты в разгар реанимации было невозможно. К сожалению, все наши старания оказались безуспешными, и спустя час пришлось констатировать смерть. С тяжелым чувством я покинул палату и с еще более тяжелым сердцем вошел в нее на следующее утро. Как же я был изумлен, когда вместо хмурых и замкнутых лиц меня встретили приветливые и доверчивые взгляды. Больные оценили нашу активность и энергию, хотя удаче нам добиться не удалось; вера во врача не пострадала, можно было продолжать свою работу.

«Упирающийся» больной (сопротивление выписке из стационара)

Большинство людей тяготится своим пребыванием в больничной обстановке: не говоря уже о собственном недуге и временной потере свободы, это сопряжено с повседневным зрелищем человеческих страданий, а то и смерти. Поэтому сообщение врача о предстоящей выписке обычно воспринимается с радостью. Однако изредка встречаются больные, на которых такая новость производит удручающее впечатление. В ответ они тотчас заявляют, что им вовсе не стало лучше, либо, что улучшение невелико и надо продлить лечение, либо предъявляют какие-то совсем новые жалобы и требуют дополнительного обследования, либо в случае хронического заболевания просят задержать их в больнице

до оформления
инвалидов и др.
Врач оказывает
до настаивать на
получить от окру
же уступить претен
бавит уважения н
уважения... Неприя
еще неприятнее оп
нованной. Как же п
Рассмотрим сна
щие некоторых боль
1. Чаще это пр
возвратом. Ведь бо
торой днем и ночью
стей и не дает боле
привыкший к чувств
«осада» снята и ч
невольно пугается.
роться с болезнью
люди в белых халатах
Умом такой боль
избежность выписки,
тнуть момент «прыж
бенок, хватается за с
удержать его до суб
то говорит, что у него
показать его окулисту
текст здесь один: «Да
сделать нечего, но дайт
браться с духом!»
Такая реакция боль
начала развиваться
ему не надо искать в
дип к нему каждое у
завляется медицинская
и умиляют, меняют
времени приема лека
срок. Короче говоря
Сами, того не ж
больного в психоло
добавить опасности
осложнений из-з
на стационарной инфек
на сцене болезни

до оформления инвалидности или до перевода в дом инвалидов и др.

Врач оказывается в трудном положении: если твердо настаивать на выписке в положенный срок, то можно получить от окружающих упрек в бессердечности, если же уступить претензиям такого пациента, то это не прибавит уважения ни со стороны окружающих, ни самоуважения... Неприятно видеть обиду на лице больного, еще неприятнее опасаться жалобы, пусть даже необоснованной. Как же поступать в такой ситуации?

Рассмотрим сначала причины и мотивы, побуждающие некоторых больных сопротивляться выписке.

1. Чаще это просто страх перед болезнью или ее возвратом. Ведь больница — это крепость, гарнизон которой днем и ночью оберегает больного от всех напастей и не дает болезни взять верх. Когда человек, уже привыкший к чувству безопасности, вдруг слышит, что «осада» снята и что можно покинуть «крепость», он невольно пугается. Ведь теперь придется самому бороться с болезнью и его уже не будут окружать люди в белых халатах...

Умом такой больной понимает правильность и неизбежность выписки, но ему хочется хоть немного оттянуть момент «прыжка с парашютом», и он, как ребенок, хватается за самые нелепые предлоги: то просит задержать его до субботы, чтобы дома была вся семья; то говорит, что у него нет ключа от квартиры, то просит показать его окулисту для подбора очков и др. Подтекст здесь один: «Да, я понимаю, что здесь мне уже делать нечего, но дайте еще хоть несколько дней, чтобы собраться с духом!»

Такая реакция больного показывает, что у него уже начала развиваться зависимость от больницы. Здесь ему не надо искать врача — тот сам без вызова приходит к нему каждое утро; достаточно нажать кнопку — и является медицинская сестра; его кормят, а если надо, то и умывают, меняют белье; ему даже не надо помнить о времени приема лекарств — их принесут в положенный срок. Короче говоря, здесь все за него делают другие. Сами, того не желая, мы невольно инвалидизируем больного в психологическом смысле. А если к этому добавить опасности вынужденной адинамии, ятрогенных осложнений из-за чрезмерно активной терапии, внутрибольничной инфекции, невротических реакций в ответ на сцены болезни и смерти, то станет ясно, что

чем короче пребывание больного в стационаре, тем лучше для него во всех отношениях — и для соматики, и для психики.

Вот почему не надо уступать желанию больного в подобных случаях. Просьба больного поддержать еще несколько дней говорит о том, что его надо было выписать раньше, до развития иждивенческих настроений и страха перед самостоятельной жизнью.

2. Следующая причина сопротивления выписке — чрезмерные надежды, которые больной возлагает на стационарное лечение. Например, больной госпитализирован по поводу бронхиальной астмы. Терапия была успешной, уже несколько дней нет удушья. Невольно ему начинает казаться, что эти замечательные врачи могут все, даже избавить его полностью от этой проклятой астмы: если его полечат как следует (т. е. достаточно долго), то он совсем выздоровеет... Но мы-то знаем, что эта его мечта пока неосуществима, даже если поддержать его в больнице полгода.

В этом случае мы должны рассказать больному о реальных возможностях современного уровня медицины. Конечно, он будет разочарован и огорчен, но это лучше, чем оттягивать выписку ■ расчете, что он сам со временем поймет тщетность своих надежд и попросится домой. Лучше потому, что мы избавим его от уже упомянутых вредных последствий чрезмерно длительной госпитализации, взамен которых мы ничего не можем дать.

3. Больной не хочет выписываться и в том случае, если больничная обстановка, на его взгляд, лучше домашней. Так, одинокий инвалид, которому уже давно трудно обслуживать себя, невольно отдыхает, попав в больницу, где его не только лечат, но и кормят, поят, окружают заботой. Точно так же трудно возвращаться домой в семью старому человеку, если ему там не рады. Но опять-таки эти грустные ситуации не улучшатся от того, что мы из жалости пойдем навстречу явной или скрытой просьбе такого человека и поддержим его в больнице еще несколько дней. Чем больше он отогреется, тем труднее ему будет снова адаптироваться к жизненным трудностям. А ведь раньше он их переносил и был психологически вполне компенсирован!

4. Наконец, изредка встречаются больные, не желающие уходить из больницы из-за чисто корыстных соображений. Так, пенсионер хочет подольше побыть в

больнице, чтобы
случаях длительн
пережить, пережд
работе либо помог
Независимо от
вов имеют место
о предстоящей
поединок между
поединка зависит
Чтобы одержать
убежден в справ
решения и поним
тивника». Тогда е
невозмутимость
женным больным,
глаза своему не
чиста, решение
черствостью, а ■

Сознание внутр
ведение этой труд
объявляет о вып
внутренне обоснова
нием заведующего
упрек в чрезмерн
разу чувствует эт
наступление: он у
убежденности, что
положение врача
ым, нередко он ус
за презирает растя
пытывает неприязнь
тупления.

Вот почему поле
вой» выписке, всп
дательного госпитал
1. Своеобразная
женческой психоло
2. Совершенно
для лечения
более тяжелых
заболевания
Отсюда след
не является
восстановление
провести пай

больнице, чтобы не тратить своей пенсии. В некоторых случаях длительная госпитализация позволяет больному пережить, переждать какой-то конфликт дома или на работе либо помогает оформить пенсию.

Независимо от того, какие из перечисленных мотивов имеют место в конкретном случае, с объявления о предстоящей выписке начинается психологический поединок между врачом и недовольным больным. Исход поединка зависит от того, чья воля окажется сильнее. Чтобы одержать победу, врач должен быть внутренне убежден в справедливости и своевременности своего решения и понимать позицию и мотивы своего «противника». Тогда ему гораздо легче сохранить твердость, невозмутимость и достоинство в разговоре с рассерженным больным, можно прямо и спокойно глядеть в глаза своему неблагодарному подопечному. Совесть чиста, решение продиктовано не равнодушием или черствостью, а в конечном счете интересами больного.

Сознание внутренней правоты весьма облегчает проведение этой трудной беседы. И наоборот, если врач объявляет о выписке не в результате собственного, внутренне обоснованного решения, а, скажем, под давлением заведующего отделением или, не желая получить упрек в чрезмерно большом койко-дне, то больной сразу чувствует эту неуверенность и сам переходит в наступление: он уже не просит, а требует ■ полной убежденности, что право на его стороне; ■ результате положение врача становится еще более затруднительным, нередко он уступает... Больной торжествует и слегка презирает растяпу-врача, а тот ■ свою очередь испытывает неприязнь к больному из-за унижительного отступления.

Вот почему полезно, решая для себя вопрос «о трудной» выписке, вспомнить основные аргументы против длительного госпитального лечения.

1. Своеобразная деморализация, образование изживенческой психологии.

2. Совершенно очевидно, что больницы предназначены для лечения не всех болезней вообще, а только наиболее тяжелых или опасных, так как легко протекающие заболевания можно лечить в амбулаторных условиях. Отсюда следует, что задачей врача в стационаре отнюдь не является полное или максимально возможное восстановление здоровья больного: вполне достаточно провести пациента через наиболее критический

период болезни. Оставшуюся часть пути к выздоровлению больной вполне сможет пройти сам или с помощью врача вне больницы, у себя дома. Если больному стало лучше, если диагноз и пути дальнейшего лечения, уже в амбулаторных условиях, ясны, то жалоба «Меня выписывают, не долечив!» неосновательна.

Пусть какая-то часть болезни еще остается. Но ведь если бы точно такая же степень недуга была у больного до госпитализации, он и не подумал бы отправиться в больницу из-за такого пустяка. А сейчас, «перезрев» в больнице, он психологически расслабился и уже не чувствует ■ себе сил самостоятельно бороться даже с остатками болезни.

3. Возвращение в привычную жизнь с ее заботами, нагрузками и удовольствиями является мощным лечебным фактором, ускоряющим соматическую и психологическую компенсацию. Не надо думать, что без нас с вами больной пропадет.

Сколько раз мне казалось, что вероятность дальнейшего улучшения мала, но, встретив затем этого больного через какое-то время на улице, ■ невольно поражался его успехам. Мы и не подозреваем, как велики резервные силы организма.

4. Удлинение сроков пребывания ■ стационаре создает очередь и затрудняет поступление новых больных, остро нуждающихся именно ■ госпитальных методах лечения. Мы не можем отказывать в срочной помощи новому больному только потому, что прежний больной не доведен еще, видите ли, «до кондиции»!

5. Госпитальное лечение — самый дорогостоящий вид медицинской помощи. Никакие разговоры о бесплатной медицине не могут изменить этого факта. Даже если отбросить стоимость медикаментов, крови, рентгенопленки, то просто эксплуатация больничного здания (отопление, освещение, лифты, периодический ремонт), зарплата медицинского и вспомогательного персонала, приобретение дорогостоящей рентгеновской и иной аппаратуры, кормление больных — все это стоит огромных денег. Поэтому тратить колоссальные материальные средства и труд целого коллектива больницы на малые болезни, т. е. по пустякам, а то и вообще без всяких медицинских показаний, просто для того, чтобы больной не обиделся на слишком раннюю, по его мнению, выписку, — недопустимо. Равным образом непозволительно задерживать больного в больнице только потому,

что врач забыл назначить какой-то анализ перед выпиской.

Врач должен быть также твердо убежден в правильности своего диагноза, в адекватности проведенного обследования и лечения, ибо именно за эти пункты особенно часто хватается «упирающийся» больной.

Нередко уже при первом контакте, в самом начале стационарного лечения можно предсказать, кто из больных будет сопротивляться выписке. Обычно у них уже в анамнезе обнаруживаются частые и необычно длительные для данной болезни госпитализации либо имеются моменты, которые способствуют «застреванию» в больнице (одиночество, жизненные трудности, слабоумие, психопатические черты и т. п.).

Почувствовав это, врач должен уже с первого дня начать соответствующую подготовку. Обследование такого больного надо провести особенно быстро и четко с ежедневным контролем выполнения. В то же время объем и полнота обследования должны быть достаточно впечатляющими для больного. Целесообразно сделать некоторые дополнительные исследования с тем, чтобы впоследствии избежать упрека в поверхностности обследования. Равным образом и лечение такого больного должно быть особенно энергичным и разнообразным.

Взятие быстрого темпа с первого же дня приведет больного к выписке еще до того, как он «пустит корни». К тому же он невольно проникнется уважением к своему энергичному, компетентному и волевому врачу. А ведь, прежде чем начинать конфликт по вопросу о выписке, больной сознательно или бессознательно оценивает именно эти качества врача и нередко заранее отказывается от борьбы, чувствуя превосходство «противника» по всем пунктам.

Немаловажное значение при этом имеет и соответствующее оформление истории болезни. Я имею в виду не столько аккуратные и подробные записи, а специально два момента.

Во-первых, регистрация динамики болезни. Нередко больной утверждает, что лечение ему не помогло. Это касается хронических заболеваний, где терапевтические возможности не столь велики, как при острых формах болезней (пневмония, травма и т. п.). Улучшение в этих случаях идет медленно, как часовая стрелка. При ежедневном осмотре разница почти незаметна. В резуль-

тате спустя некоторое время как врач, так и больной нередко забывают степень функциональной недостаточности в момент поступления, поэтому трудно с уверенностью говорить о наступившем улучшении. Исключительно важно периодически вносить в историю болезни функциональную оценку, пусть даже чисто клиническую (например, при поступлении была одышка даже при поворотах в кровати; через 2 нед ходит по палате без одышки; или при поступлении требовалось 8—10 таблеток нитроглицерина в сутки, сейчас 2—3). Записи такого рода вкупе с объективными данными (нормализация температуры, улучшение гемограммы, ЭКГ, спирограммы и т. п.) позволят врачу с чистой совестью уверенно утверждать, что лечение было эффективным, даже если результаты оказались скромными.

В тех случаях, когда, несмотря на старания, достичь улучшения не удалось, необходимо признать свое бессилие, и честно, прямо сказать об этом больному. Когда больной видит, что все испробовано и отсутствие эффекта зависит не от недобросовестности врачей, а от несовершенства медицины, он смиряется и понимает бессцельность дальнейшего пребывания в больнице. Ведь больной с ампутированной ногой не требует, чтобы ему пришили новую конечность.

Вторым моментом является внесение в историю болезни психологической характеристики больного. Чаше конфликтуют по поводу выписки лица с выраженными психическими расстройствами (речь идет, разумеется, о необоснованных жалобах; к сожалению, иногда они бывают совершенно справедливыми, когда причина не в дурном характере больного, а в нарушении врачебного долга. Кстати, в таком случае честное и открытое признание своей вины и энергичное исправление ошибки — лучшее средство разрешения конфликта). Нередко врач вначале видит эти особенности своего пациента, но не считает нужным делать соответствующие записи: ведь я не психиатр! И только когда вспыхивает конфликт и угроза жалобы, врач в целях самозащиты торопится отметить в истории болезни такие черты, как недисциплинированность, аггравация, агрессивность, неуживчивость и др., либо ни с того, ни с сего вызывает на консультацию психиатра. Врач как бы хочет показать, что жалоба вызвана не его ошибками, а склочным характером пациента или даже душевной болезнью. Такого рода самозащита неубеди-

тельна. Другое дело, врач еще никак не привык вести записи или предвзятости вроде: «конечно, раздражен», «конечно, не выполняет назрелым данным», «создается впечатление, что т. п. Такого рода субъективные записи психических нарушений в истории болезни в случае жалоб. Впрочем, главным при болезни не влиятельно дойдет до неуживчивости и порою тогда имеются жалобы...

До сих пор мы говорили о подготовке врача. Часто неприятную беседу приходится вести с самим больным.

Непосредственно еще раз историю болезни «за» и «против» в случае на сегодняшний день, которые побуждают к размышлению, и аргументы, в споре с вами.

Очень важно не из-за его сопротивления как к ребенку, который идет в школу и улыбается. Здесь нужно сказать, что вы объявите о своем решении.

Обычно беседа о самочувствии, о том, как себя чувствует, но если и в данном случае можно услышать: «ясные!» Как же вы пишете?

Когда во время приема врач не имеет времени и сосредоточивается на главном.

тельна. Другое дело, если уже с первых дней, когда врача еще никак нельзя заподозрить во враждебности или предвзятости, в истории болезни встречаются записи вроде: «больной постоянно всем недоволен, раздражен», «конфликтует с соседями по палате», «не выполняет назначения», «жалобы неадекватны объективным данным», «требует к себе особого отношения», «создается впечатление о пристрастии к наркотикам» и т. п. Такого рода беспристрастные, чисто профессиональные записи подтверждают заключение врача о психических нарушениях и помогают при анализе истории болезни в случае жалобы.

Впрочем, главная ценность такого оформления истории болезни не в обеспечении самозащиты, если конфликт дойдет до жалобы. Гораздо важнее ощущение неуязвимости и превосходства своей позиции, которое тогда имеется у врача. Больные это прекрасно чувствуют, и в 9 случаях из 10 дело не доходит до жалобы...

До сих пор мы говорили только о психологической подготовке врача. Как же провести эту решающую и часто неприятную беседу?

Непосредственно перед обходом палаты просмотрите еще раз историю болезни, переберите мысленно все доводы «за» и «против» выписки ■ каждом конкретном случае на сегодня; попытайтесь представить мотивы, которые побуждают вашего больного цепляться за больницу, и аргументы, которые он, возможно, использует ■ споре с вами.

Очень важно не испытывать неприязни к больному из-за его сопротивления. Скорее к нему надо отнестись, как к ребенку, который не хочет вечером спать или утром идти ■ школу ■ уловки которого вызывают не гнев, а улыбку. Здесь нужна твердость, но не враждебность.

Вот теперь вы готовы идти на утренний обход и объявить о своем решении.

Обычно беседа с больным начинается с расспроса о самочувствии, о том, как прошел предыдущий день. Но если и в данном случае поступить так же, то ■ ответ можно услышать: «Ох, всю ночь не спал, боли были ужасные!» Как же после таких слов сказать: «Итак, ■ вас выписываю».

Когда во время обхода наступает очередь больного, который намечен на выписку, я молча сажусь у его кровати и сосредоточенно, неторопливо, с подчеркнутой

обстоятельностью произвожу подробное физикальное обследование с головы до ног. После этого я несколько мгновений испытующе гляжу на больного, как художник на только что законченную картину, и говорю с чувством удовлетворения: «Ну что ж, пора отпустить вас домой, в жизнь!» На лице больного возникает растерянность или испуг, но я продолжаю, не давая ему возразить: «Конечно, вы еще не совсем поправились, но самое трудное уже позади. Мы свое дело сделали, теперь вам надо набраться сил в привычных домашних условиях. Дома ведь и стены помогают!» И, не переводя дыхания, сразу вслед за этим я начинаю давать ему детальные советы, как вести себя дома, какую диету соблюдать, какие лекарства и в каких дозах принимать и т. п.

Спокойный и уверенный тон показывает больному, что вопрос о выписке решен врачом настолько окончательно и бесповоротно, что спорить и торговаться об отсрочке бессмысленно. Он видит, что в этой ситуации единственное, что он может еще выиграть, это запастись побольше советами и рекомендациями на будущее. Вот почему он превращается из потенциального спорщика во внимательного слушателя и только изредка перебивает вас каким-нибудь конкретным вопросом.

На каждый аргумент больного у вас должен быть готов ответ, убедительный не только для него, но и для окружающих, соседей по палате. Последнее обстоятельство также очень важно: если другие больные видят вашу правоту и согласны с вами, это оказывает на упряма сильное психологическое давление.

Вот несколько примеров. «Но это так неожиданно! Мне надо предупредить родных, чтобы они все приготовили». Или «Моя жена только через несколько дней вернется из командировки». — «Голубчик, ведь когда вам было плохо, мы не говорили, что еще не готовы, а сразу приняли вас на лечение! И ведь я же не на войну вас отправляю, а всего лишь домой!»

«Я хочу, чтобы мне проверили еще и мою печень!» — «Вы поступили по поводу пневмонии, и мы лечили именно ее. Но я провел и общее обследование, и ничего плохого в вашей печени не обнаружил. Любое исследование должно иметь строгие медицинские показания; ведь многие наши диагностические процедуры совсем не так невинны, как вам кажется. Назначать

их из любопытства
не имею права».
«А у меня сов-
рит, вы им совет-
с обширным инф-
Сейчас вы вне-
ского гастрита, т-
не требует како-
Все, что нужно,
ваше место ожид-
в срочной помощи
время нуждались

«Никуда я о-
меня в дом инв-
ловия? Ведь мы
больных. Мы ле-
чили, как всех, и
мили все необхо-
бл, чтобы помо-
вновь позвоню в
вашего вопроса»

Или, наконец
жалуйста. Этим
чиста, я сделал
перь в моей п-
поэтому я вас
сможете получи-
няться выпиской
торного врача;
вашему дальней-

Разумеется,
Но если после
продумывать св-
ренность наберу

Заболевший

Бытует мнение
в это трудно
его коллеги пр-
ное старание.
лечебные пред-
важность. Одн-
ся удручающим
В чем же

их из любопытства или для вашего удовольствия я не имею права».

«А у меня еще вдобавок есть хронический гастрит, вы им совсем не занимались!»— «Вас доставили с обширным инфарктом, который угрожал вашей жизни. Сейчас вы вне опасности. Что же касается хронического гастрита, то он сейчас вне обострения и потому не требует какого-то особенного интенсивного лечения. Все, что нужно, вы легко сможете выполнять дома. А ваше место ожидает другой больной, который нуждается в срочной помощи сейчас, незамедлительно, как и свое время нуждались вы!»

«Никуда я отсюда не поеду, пока вы не устроите меня в дом инвалидов!»— «Почему вы ставите нам условия? Ведь мы не торгуемся, когда к нам привозят больных. Мы лечим всех без всяких условий, и вас лечили, как всех, по справедливости. Мало того, мы оформили все необходимые документы и передали их в собес, чтобы помочь вам. Езжайте домой, а я сегодня вновь позвоню в собес и попрошу их ускорить решение вашего вопроса».

Или, наконец: «Я на вас буду жаловаться!»— «Пожалуйста. Этим вы меня не испугаете. Совесть у меня чиста, я сделал все, что требует врачебный долг. Теперь в моей помощи нуждаются другие больные, вот поэтому я вас и отпускаю. Ответ на вашу жалобу вы сможете получить, будучи дома. А сейчас мне надо заняться выпиской из вашей истории болезни для амбулаторного врача; там будут все наши рекомендации по вашему дальнейшему лечению».

Разумеется, невозможно дать рецепты на все случаи. Но если после беседы с больным всякий раз критически продумывать свое поведение, то необходимые опыт и уверенность наберутся быстро.

Заболевший врач

Бытует мнение, что врачи болеют тяжелее. Сначала и это трудно поверить. Ведь когда заболевает врач, его коллеги проявляют особое участие и профессиональное старание. Кроме того, врачу легче соблюдать все лечебные предписания, ибо он понимает их смысл и важность. Однако результаты лечения часто оказываются удручающими.

В чем же дело? Невозможно допустить, что у вра-

чей есть какой-то биологический изъян (скажем, в количестве лейкоцитов, свертываемости крови, скорости заживления и др.). Особое отношение к болезни и к больному человеку обусловлено специальными знаниями. Различие между просто больным и больным врачом не биологическое, а психологическое. Именно это обстоятельство и влияет на результаты лечения. Неблагоприятные факторы надо искать, с одной стороны, в психологии болеющего врача, с другой — в психологии врача, лечащего своего коллегу.

Чем же заболевший врач отличается от «простого» больного? Заболевание вызывает тревогу у любого человека. Однако у врача эта естественная реакция на неблагополучие может усугубиться, как ни странно, из-за его знаний. При неясном общем недомогании он вспоминает, что такие же неспецифические симптомы могут быть не только при банальной легкой простуде, но и при злокачественной опухоли, сепсисе, коллагенозе. Приступ стенокардии тотчас вызывает у него мысли о неизлечимости и прогрессивности ишемической болезни сердца, о риске внезапной смерти, вероятности инфаркта, который к тому же может оказаться обширным и привести к инвалидности. В преддверии даже несложной операции врач знает, что при любой операции имеет место какой-то непредсказуемый процент смертности и серьезных осложнений. Вдобавок ему слишком хорошо известно по собственному опыту, что полностью избежать врачебных ошибок невозможно, ибо врачи — люди, а людям свойственно ошибаться. Прописывая иногда лекарства, в действенность которых он не верит, заболевший врач опасается, что и ему будут давать неэффективные средства для видимости. Короче говоря, он знает о таких опасностях и подводных камнях, о которых «простой» больной и не подозревает.

И если бремя таких знаний наваливается на тревожно-мнительный характер, то бодрость духа и воля к выздоровлению могут пострадать настолько, что ход болезни изменится в худшую сторону. Например, врачу в возрасте 60 лет сделано плановое грыжесечение — пустячное, казалось бы, вмешательство. Но испытывая после наркоза обычную послеоперационную боль, он тревожится, не слишком ли ушито паховое кольцо, не ущемлен ли семенной канатик, не придется ли распустить швы, благополучно ли разрешится послеоперацион-

ный парез кишечника
стенокардия и др.
психологический
но обостряют вос
ной действительн
мерно шадит ды
леть и без того
ется опасность
следующей легоч
ждать и реактив
стенокардией...

Конечно, дале
лезнь таким обр
ются скрыть про
надо быть особ
невывраженные с
уметь рассеять
ренном примере
осмотреть его и
совершенно нор
ней инъекцию
серьезных ослож

Неблагоприят
психологическая
щий врач так
образом, хотя и

Вред начина
болевший врач,
чащего врача,
языке: вместо
ствующими терм
ма, перемежаю
щает диагноз,
может неправи
(скажем, одыш
воренность вдо
или артроза к
моту), а его с
верным. Привы
ляет бдительн
рять все утве
выяснить анам
ским и лечеб
левшего врача
реальная и д

ный парез кишечника, не возникнет ли рефлекторно стенокардия и др. Известно, что любая боль имеет психологический компонент (тревога и страх необычайно обостряют восприятие боли). В результате наш больной действительно сильнее страдает, поэтому он чрезмерно щадит дыхание, лежит неподвижно, боясь усилить и без того несносную боль. Отсюда увеличивается опасность пневмонии или флеботромбоза и последующей легочной тромбоэмболии; не заставит себя ждать и реактивный подъем артериального давления со стенокардией...

Конечно, далеко не каждый врач реагирует на болезнь таким образом. Большинство скрывают или пытаются скрыть профессиональную тревогу. Лечащему врачу надо быть особенно зорким и чутким, чтобы угадать невысказанные страхи и опасения заболевшего коллеги, уметь рассеять их, приободрить его. Так, в рассмотренном примере стоит лишний раз подойти к больному, осмотреть его и успокоить, сказав, что все протекает совершенно нормально; это не только сделает излишней инъекцию наркотика, но и предупредит развитие серьезных осложнений.

Неблагоприятное действие может оказать не только психологическая реакция врача на свою болезнь. Лечащий врач также нередко ведет себя не наилучшим образом, хотя и горит желанием помочь.

Вред начинается нередко уже с первых слов. Заболевший врач, желая облегчить и ускорить работу лечащего врача, говорит с ним на профессиональном языке: вместо обычных жалоб он пользуется соответствующими терминами (стенокардия, головные боли, астма, перемежающаяся хромота и др.) или сразу сообщает диагноз, который сам себе поставил. Однако он может неправильно охарактеризовать свои ощущения (скажем, одышкой он называет невротическую неудовлетворенность вдохом; боли в ногах из-за плоскостопия или артроза классифицирует как перемежающуюся хромоту), и его собственный диагноз может оказаться неверным. Привычный медицинский жаргон сразу ослабляет бдительность врача, и, вместо того чтобы проверить все утверждения больного и самому непредвзято выяснить анамнез, он тотчас переходит к диагностическим и лечебным заключениям. Расспрашивать заболевшего врача надо с особой тщательностью; нужна реальная и детальная картина болезни, а не набор

ярлыков. Только так можно обезопасить себя от суггестии со стороны пациента и составить независимое и твердое мнение — залог правильного диагноза и лечения.

Наконец, диагноз выяснен; теперь надо сообщить больному наши рекомендации и советы. Особый характер отношений, возникающих между двумя медиками, также чреват опасностями.

Необходимо помнить, что заболевший врач испытывает острую потребность не только в сугубо медицинской, но и в психологической помощи. Если он и пытается разговаривать с нами на профессиональном уровне, как с равными, то это вовсе не говорит о его внутреннем спокойствии. Заболевание, как правило, своеобразно трансформирует психику врача.

Вот забавная, но поучительная иллюстрация к сказанному. Как-то один из выдающихся московских терапевтов заболел и пригласил к себе моего учителя В. А. Каневского, которого он очень уважал и ценил как практического врача. После осмотра тот сказал: «Ну что же, М. С., у Вас банальный легкий энтероколит, надо принимать фталазол по 2 таблетки 4 раза в день». — «В. А., а когда их принимать, до еды или после?» А ведь этот профессор заслуженно славился своим искусством врачевания. Нельзя объяснить этот наивный и смешной вопрос трусостью, ибо в трудных по настоящему обстоятельствах профессор показал себя очень мужественным человеком.

Какой толк от следующей, например, фразы: «Ведь мы с вами знаем, что реальных средств против атеросклероза, к сожалению, нет, но все-таки попробуйте мисклерон или линетол...» Лечебная ценность этого совета равна нулю, ибо кто же будет принимать лекарство после подобной аттестации, психотерапевтическое воздействие явно вредное: больной видит, что помощи ему ждать не от кого и что он остается один на один со своей тяжелой болезнью.

Пусть ваш пациент считает определенное средство неэффективным и не прописывает его другим. Но если это назначение сделать уверенным тоном и четко расписать порядок применения, то больной невольно подумает: «А может быть, мой врач имеет собственный опыт, и в его руках это лекарство не так уж плохо?» И его скепсис, пусть даже обоснованный, не устоит перед желанием поверить врачу и выздороветь. Здесь неваж-

на, окажет ли назна-
макологическое действ-
будет несомненной.

Стало быть, забелев-
зации как «простом»
медицине, т. е. подро-
бном виде: что прин-
том, что — на ночь,
бойтесь оскорбить ва-
нием к его знаниям.
не может решиться, ч-
шей комбинации прим-
невозможно хочется пере-
другого. Чем уверенно-
зан лечащего врача,
больного, тем с бол-
будет их выполнять.
ное лечение является
татов, которые и по-
врачи болеют тяжелее

Кстати, вот любопы-
заболевают, лечатся,
арно? Уж не потому
осмисля несколько си-
шинства лекарств? От
то подсознательно
его психотерапе-
фармакологическим
шей целебный эффе-
вать психотерапии п-
естественно, не ожи-
карства и потому
оказывает особую в-
ода к заболевшему

Вместе с тем
Психотерапия д-
каждо
эту часть ле-
уменьш-
страхов
рациональ-
намеренно

но, окажет ли назначаемый препарат желаемое фармакологическое действие, но психологическая помощь будет несомненной.

Стало быть, заболевшему врачу надо делать рекомендации как «простому» больному, не обучавшемуся медицине, т. е. подробно, четко, а еще лучше в письменном виде: что принимать до еды, что — после, что — утром, что — на ночь, сколько дней подряд и т. д. Не бойтесь оскорбить вашего подопечного таким недоверием к его знаниям. Став больным, он невольно теряется перед изобилием фармакологических средств и не может решить, что же конкретно, в какой наилучшей комбинации применить в собственном случае. Ему невольно хочется переложить бремя решения на кого-то другого. Чем увереннее, четче и детальнее рекомендации лечащего врача, тем легче становится на душе у больного, тем с большей охотой и прилежанием он будет их выполнять. А ведь хаотическое, нерегулярное лечение является одной из причин худших результатов, которые порождают утверждение о том, что врачи болеют тяжелее.

Кстати, вот любопытный вопрос: почему врачи, когда заболевают, лечатся, как правило, неохотно и нерегулярно? Уж не потому ли, что в глубине души мы относимся несколько скептически к целебной силе большинства лекарств? Откуда же этот скепсис? Дело в том, что подсознательно каждый врач ощущает исходящее от него психотерапевтическое влияние, которое вкупе с фармакологическим действием и оказывает комплексный целебный эффект. Ошибочно исключая возможность психотерапии по отношению к себе самому, врач, естественно, не ожидает большого проку от «голового» лекарства и потому лечится кое-как. Это обстоятельство показывает особую важность психотерапевтического подхода к заболевшему врачу. Только такой подход позволяет избежать ряда досадных и характерных ошибок. Вместе с тем, общаясь с таким пациентом, надо учитывать его профессиональные знания.

Психотерапия должна являться неременной составной частью каждого общения с любым больным. Проводя эту часть лечебной работы с заболевшим врачом, надо для уменьшения его необоснованных (или обоснованных) страхов и тревог апеллировать к его знаниям в духе рациональной психотерапии по Дюбуа. На этом этапе намеренно широкое использование медицинских

терминов даже полезно. Разговор «на равных», в стиле коллегиального обсуждения «случая» производит на такого пациента особо убедительное впечатление: он видит, что от него ничего не скрывают. Таким путем его легче зарядить спокойствием, уверенностью в благополучном исходе болезни, нужным терпением и желанием точно выполнять все назначения. В этой беседе надо привлечь внимание больного к положительным факторам и уменьшить в его глазах значение тех отрицательных моментов, которые ему известны и которые вызывают у него опасения.

Предположим, что у врача гипертонический криз, сильная головная боль, головокружение, тошнота, «мушки» перед глазами. Естественно, больше всего он боится инсульта, паралича, хотя и не говорит об этом. Именно поэтому терапевту здесь полезно провести хотя бы простейшее, но нарочито добросовестное, обстоятельное неврологическое обследование, чтобы иметь возможность в заключение авторитетно сказать: «Сила в конечностях у вас нормальная, сухожильные рефлексы симметричные, нистагма нет, симптом Бабинского отрицательный. Нарушений в головном мозге нет, поэтому опасаться инсульта нет никаких оснований». И даже если ваш пациент опытный невропатолог, а вы всего лишь простой терапевт — он вам поверит! Ведь и эти тревожные минуты он больше всего жаждет ободрения и потому с благодарностью воспримет ваши слова. Развевя его опасения уверенным и, главное, обоснованным утверждением, вы не только совершите акт милосердия, но и снимите тревогу и страх, что понизит артериальное давление без всяких инъекций и тем самым отдалит больного от реальной опасности инсульта. Заодно уменьшатся тахикардия и пульсация в голове, прекратится эмоциональная гипервентиляция и, следовательно, исчезнет гипокания, которая вызывает головокружение, т. е. наступит явное не только субъективное улучшение, но и объективное.

Заболевшего врача подстерегает еще одна «опасность». Коллеги обрушивают на него и на непосредственно лечащего врача лавину доброжелательных советов и предложений. Может быть, что каждый из этих советов вполне пригоден, но ведь невозможно воспользоваться всеми сразу. Лечащий врач должен избрать какой-то один план лечения и придерживаться его до тех пор, пока он представляется правильным. Сле-

довательно, необходимо, хотя по-человечески, в каждом случае лечение индивидуальное. Ответственность за лечение сложная хирургическая операция десятков врачей, а в котором-то из них есть наличие только одного из остальных процессов. Врач организует обследование на себя всю ответственность за больного.

Вот почему лечащий врач должен быть решительным и уверенным, если он убежден в своем плане. Надо также учитывать обстоятельства своей жизни, своего союзника, свои миссии.

Заболевший врач должен опираться на свои профессиональные знания, на свои духовные силы.

Диагностика неврозов в общеврачебной практике

Любой врач ежедневно сталкивается с теми или другими неврозами. В большинстве случаев это так называемые «неврозы» — состояния, возникающие в результате нарушения адаптации к окружающей среде. Наиболее распространенными являются неврозы, связанные с нарушением сна, аппетита, настроения, а также с различными фобиями, навязчивыми идеями, депрессиями и т. д.

Здесь и далее мы будем использовать термин «невроз» в широком смысле слова, понимая под ним все состояния, связанные с нарушением адаптации к окружающей среде. В более узком смысле слова неврозом называют состояние, возникающее в результате нарушения адаптации к окружающей среде, которое сопровождается различными симптомами, такими как нарушение сна, аппетита, настроения, а также с различными фобиями, навязчивыми идеями, депрессиями и т. д.

довательно, необходимо отвергнуть все остальные советы, хотя по-человечески это очень трудно. В противном случае лечение станет хаотическим, будет потеряна единоличная ответственность врача за своего больного. Коллективное лечение — плохая услуга. Ведь даже самая сложная хирургическая операция, в которой участвует десяток врачей, а то и больше, всегда предусматривает наличие только одного ведущего главного хирурга, которому остальные лишь помогают. Точно так же в любом лечебном процессе должен быть один врач, который организует обследование и лечение в целом и берет на себя всю ответственность за благополучие и судьбу больного.

Вот почему лечащий врач должен вежливо, но твердо и решительно пресекать попытки «улучшить» лечение, если он убежден в правильности собственного плана. Надо также четко разъяснить важность этого обстоятельства своему подопечному, чтобы сделать из него своего союзника в этой нелегкой и деликатной миссии.

Заболевший врач является трудным объектом терапии. Здесь от лечащего врача требуются и профессиональные знания, и понимание психологии, и много душевных сил.

Диагностика невротических расстройств в общей врачебной практике

Любой врач ежедневно сталкивается с больными, у которых либо вся клиническая картина, либо существенная ее часть обусловлена невротическими расстройствами¹. Наиболее частая ситуация — наложение таких расстройств на соматическое заболевание. Любая болезнь вызывает гамму отрицательных эмоций (страх, тревога, уныние и др.). Встречается и другая ситуа-

¹ Здесь и далее намеренно используется общий и нейтральный термин «невротическое расстройство», в который входят разные дела: невроз беспокойства (тревоги) (300.0), истерический невроз (300.1), фобии невротические (300.2), невроз навязчивости (300.3), невротическая депрессия (300.4), неврастения (300.5), синдром деперсонализации невротический (300.6), ипохондрический невроз (300.7), другие невротические расстройства (300.8) и «неуточненные» (300.9). — Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти. — Женева: ВОЗ, 1980. — С. 184—187.

ция: соматическое заболевание возникает на фоне уже имеющихся невротических нарушений, которые обусловлены какой-то совсем другой причиной. Наконец, больной неврозом нередко обращается к интернисту, а не к психоневрологу потому, что невроз вызвал функциональные, вторичные нарушения внутренних органов.

В каждом из этих случаев клиническая картина оказывается смешанной, необычной, не укладывающейся в привычные рамки той или иной нозологической единицы. Как же дифференцировать невротические расстройства от соматических заболеваний?

Это нелегко, тем более что больные обычно жалуются не на «нервы», а на какие-то конкретные неприятные ощущения (боль, одышка, сердцебиение, слабость, головокружение, запор и т. п.). Трудность заключается не в запутанности «случая» и не в отсутствии диагностических приборов. Самой серьезной помехой здесь является своеобразный психологический барьер, мешающий врачу видеть клиническую картину в целом и заставляющий его устремлять внимание на поиски соматического, а особенности органического, заболевания.

Дело в том, что в процессе обучения в медицинском институте внимание как преподавателей, так и студентов направлено преимущественно на соматические болезни. Для курации подбираются больные с пороком сердца, циррозом печени, с гемипарезом, опухолью, диабетом и др. Функциональные расстройства и неврозы рассматривают бегло. У молодого врача невольно складывается впечатление, что, когда он начнет самостоятельную работу, главное — это не пропустить ранние стадии рака, туберкулеза, острого живота — т. е. лечить «настоящие болезни».

Однако в повседневной жизни почти все больные оказываются «непонятными». Головная боль не укладывается ни в картину мигрени, ни менингита, ни невралгии тройничного нерва; при болях в животе нет симптомов язвенной болезни, холецистита, колита, непроходимости, перфорации; при головокружении нет нистагма, пошатывания, нарушений слуха; при болях в сердце не удается диагностировать ни стенокардию, ни перикардит, ни миоцит. Английский писатель врач Р. Гордон в юмористической, но правдивой повести «Доктор на свободе» писал: «В первую же неделю я обнаружил, что большинство больных страдало от заболеваний, совершенно неизвестных медицинской науке. Меня оза-

данные такие симптомы
лову», «жаворонки в жи
Что же это за бол
гадка здесь простая.
следования, по меньш
участковому врачу об
леваниями, а неврозам
Дж. Фрая «Распрост
му участковому врачу
по поводу невротичес
ных язвенной болезн
ца, 25 — гипертоние
больных злокачестве
такой врач встречается
5 раз, эпилепсию — 1
Кстати, еще К. Г.
ных симптомы им
физическое происхо
[1983].

Распространено
нальном, невротич
делать только в
на все усилия, не
причин. Предпочти
бы то ни стало
пает в противоре
виллом, гласящим,
дует думать в п
лезнях. Невротич
частых причин о
времена. И это
больше вероятно
сложнее нервной

Однако по
ным креном»,
поиски изолир
органа. Назна
при этом уд
ное отклонен
ТЭКГ или
ности желу
ложительно

Фрай
лечение / П

дачили такие симптомы, как „подкова давит на голову“, „жаворонки в животе“, „по спине бегает хорьки“».

Что же это за больные и что с ними делать? Разгадка здесь простая. Как показывают специальные исследования, по меньшей мере треть всех обращений к участковому врачу обусловлена не соматическими заболеваниями, а невротами (Балинт). Вот данные из книги Дж. Фрая «Распространенные болезни»¹. К английскому участковому врачу ежегодно обращается 400 человек по поводу невротических расстройств и только 40 больных язвенной болезнью, 30 — ишемической болезнью сердца, 25 — гипертонией, 20 — сахарным диабетом, 8 — больных злокачественной опухолью; острый аппендицит такой врач встречает всего 5 раз в год, инсульт — тоже 5 раз, эпилепсию — 10 раз.

Кстати, еще К. Гален полагал, что у 60 % его больных симптомы имели скорее эмоциональное, нежели физическое происхождение [Цит. по: Miller N. E., 1983].

Распространено мнение, что заключение о функциональном, невротическом характере нарушений можно делать только в последнюю очередь, когда, несмотря на все усилия, не будет найдено никаких органических причин. Предпочтительный и обязательный поиск во что бы то ни стало материального субстрата болезни вступает в противоречие с важнейшим клиническим правилом, гласящим, что в каждом отдельном случае следует думать в первую очередь о наиболее частых болезнях. Невротические расстройства — одна из самых частых причин обращаемости во всех странах и во все времена. И это неудивительно: чем сложнее орган, тем больше вероятность его поломки, и что может быть сложнее нервной системы?

Однако по привычке, услышав жалобу с «локальным креном», диагностическая мысль устремляется на поиски изолированного заболевания соответствующего органа. Назначаются необходимые исследования, и если при этом удастся обнаружить малейшее, пусть невинное отклонение, скажем, уменьшенный вольтаж зубца Т ЭКГ или некоторое повышение (понижение) кислотности желудочного содержимого, то диагноз из предположительного становится доказанным: врач гордится своей

¹ Фрай Дж. Распространенные болезни — природа, частота и лечение / Пер. с англ. — М.: Мир, 1978. — С. 293.

проницательностью. В результате забывают о возможности невротического расстройства.

Дело запутывается еще сильнее, если назначенное лечение оказывается эффективным. Теперь диагноз кажется бесспорно правильным. Однако улучшение может наступить не потому, что врач правильно распознал болезнь, ■ потому, что любое лечебное назначение оказывает, кроме своего прямого, еще и неспецифическое, психотерапевтическое воздействие. И если суть болезни заключается только (или преимущественно) в невротическом расстройстве, а больной «созрел» для психотерапии, то ему поможет любая таблетка, будет ли это антибиотик, желчегонное или спазмолитическое средство (эффект плацебо).

Впрочем, если даже предписанное лечение не помогает, это обычно не приводит к критическому пересмотру диагноза, ■ лишь к замене одного препарата другим, аналогичного действия. Постепенно и врач, и больной приходят к печальному выводу, что болезнь хотя и неопасна, но упорна и плохо поддается лечению.

Первое условие для диагноза любой болезни — не забывать о ее возможности. Стало быть, если невротические расстройства так распространены, то и помнить о них надо постоянно. Конечно, при жалобе на головную боль следует подумать и о внутричерепной опухоли, и о менингите, ибо, если не распознать такие заболевания, то больной погибнет. Однако опухоль и менингит — довольно редкие болезни; неизмеримо чаще головная боль является симптомом невротического расстройства.

Как известно, при неврозе отсутствуют органические изменения: жалобы больного не подтверждаются результатами физикального и лабораторного исследований.

Если при объективном исследовании обнаруживается какая-то органическая патология, то врач склонен всю клиническую картину объяснить этой патологией и предположение о неврозе отбрасывается. В действительности может иметь место либо сочетание двух независимых заболеваний (органического и невроза), либо осложнение органического заболевания невротической реакцией. Следовательно, для диагностики невротического расстройства не имеет значения, будут найдены органические изменения или нет. Ведь это заболевание нервно-психической сферы и, чтобы его диагности-

рывать, нужны не фонетический невропатолог, а психолог. Например, за поведением.

Больная, 48 лет, жалуется на боли в области сердца и за грудиной, бессонницу. Боли постоянны, фиксированы на определенных участках, усиливаются в различных положениях тела. («Все время слабое, больное, ужасно, то кровь протекает через труду, удаётся выжать, связаны с физическими нагрузками почти нормальное. Сон плохой. В последнее время замужем, детей нет, лоя хорошие. Мн. и амбулаторно, диагноз: сосудистая дистония, сердечная болезнь сердца. Недавно вновь диагностирована скользящая диафрагмы. Больная такие грыжи не под. Уже в процессе что никакая органическая патология не объясняет жалобы. Ставляли и другие диагнозы, вроде врической кардиопатии, но назад, когда о кли. настолько многочисленном свете все попытки находят свое объяснение. Больную вергают, чтобы найти хоть что-то. И вот, наконец, грыжа! Больная шел с ней в р.

ровать, нужны не фонендоскоп и даже не молоточек невропатолога, а психологические методы: беседа и наблюдение за поведением больного. Вот типичный пример.

Больная, 48 лет, жалуется на тяжесть и боли в области сердца и за грудиной, сердцебиения по ночам, неудовлетворенность вдохом в покое, отрыжку, запоры, бессонницу. Больная возбуждена, манерна, суетлива, фиксирована на своих неприятных ощущениях, детально и с удовольствием рассказывает о пребывании в различных больницах и о консультациях различных специалистов. Жалобы многословны, неопределенны («Все время чувствую сердце, оно какое-то слабое, больное, ужасно реагирует на погоду; как будто кровь протекает через узкую трубочку» и т. п.). С трудом удастся выяснить, что боли длительные, не связаны с физическим напряжением; одышки при обычных нагрузках почти не бывает. Артериальное давление иногда повышается до 160/90 мм рт. ст., но обычно нормальное. Сон плохой, многие годы пользуется снотворным. В последний год менструации нерегулярны. Замужем, детей нет, не работает. Материальные условия хорошие. Многократно лечилась в стационарах и амбулаторно, диагнозы были разнообразные: вегетососудистая дистония, спондилез, миокардит, ишемическая болезнь сердца, климактерическая кардиопатия. Недавно вновь детально обследована в клинике, диагностирована скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Больная в отчаянии, так как слышала, что такие грыжи не поддаются лечению.

Уже в процессе беседы с больной становится ясно, что никакая органическая патология сердца не может объяснить жалобы такого рода. По-видимому, это чувствовали и другие врачи, отсюда и расплывчатые диагнозы, вроде вегетососудистой дистонии, климактерической кардиопатии (кстати, жалобы начались 10 лет назад, когда о климаксе и речи быть не могло). Здесь настолько многочисленны невротические явления, что в этом свете все пестрые и разнообразные жалобы легко находят свое объяснение. Однако врачи неустанно подвигают больную все новым и новым обследованием, чтобы найти хоть какое-то органическое заболевание. И вот, наконец, разгадка найдена — диафрагмальная грыжа! Больная рассказала, что лечащий врач сам пошел с ней в рентгеновский кабинет и, когда грыжа

была обнаружена, он «прямо подпрыгнул от радости».

Но разве диафрагмальная грыжа может объяснить имеющийся симптомокомплекс? Во-первых, 50 % таких грыж ничем себя не проявляют. Если же диафрагмальная грыжа и дает о себе знать, то симптомы патогенетически связаны с забросом желудочного содержимого в пищевод, особенно после обильной еды и в горизонтальном положении, т. е. опять-таки клиническая картина будет четкой и легко объяснимой. Вполне возможно, что у больной действительно имеется диафрагмальная грыжа, но к предъявляемым жалобам она имеет такое же отношение, как, скажем, цвет волос или место рождения пациентки. Больше того. Даже если бы еще более усердный врач подверг эту больную коронарографии и нашел бы у нее стеноз какой-нибудь коронарной артерии, то можно было бы говорить только о бессимптомной ишемической болезни: обнаружение такого стеноза ни на шаг не продвинуло бы нас в понимании той болезни, от которой страдает наша больная.

Диагноз диафрагмальной грыжи потому и получил такое распространение, что он помогает прикрыть хоть каким-нибудь ярлыком органического заболевания непонятную для врача, хотя и действительно совершенно очевидную картину невротического расстройства.

Кстати, такую же роль часто играют и другие «популярные» диагнозы: вегетососудистая (нейроциркуляторная) дистония, климакс, хронический (бескаменный!) холецистит, хронический колит, хронический (не острый!) панкреатит, хронический арахноидит, диэнцефальный синдром. Конечно, эти заболевания действительно встречаются, но гораздо реже, чем кажется. Вот почему, когда я слышу от больной один из этих диагнозов, то первая моя мысль: «Нет ли здесь еще и невроза? — Проверить непременно!»

У любого больного неврозом при достаточной настойчивости можно найти какие-то органические отклонения. Но если видеть больного в целом, то здравый смысл подскажет, что в клинической картине стоит на первом плане и какую роль — причинную или сопутствующую — в ней играют эти органические отклонения.

Отсюда вовсе не следует, что в каждом пациенте непременно надо видеть больного неврозом. Врач должен интересоваться не только состоянием сердца, легких или кишечника (в зависимости от жалоб больного), но и обязательно его душевным миром. Знаменитый

американский врач
«Часто гораздо важ-
грамме, а то, что у
ком подходе врач б
мость и удельный
ружил как в сомат
Тогда-то и появится
лансированный диа
все эти факторы и их
Конечно, в како
зависит от ориента
листическому, органи
ностировать и лечи
рит, диафрагмальну
тонию, ишемическую
рот, врач, интересу
ми, чаще будет ви
ставить их в центр к

Какой же подход
дом конкретном слу
второй (психологиче
ние сошлюсь на оди
старые медицинские
то поражаешься, и
а то и просто вред
карства, которыми и
наши предшественни
замечательные врач
фам диагностики, а
ный диагноз вызы
лов, а широкую из
нужна помощь! Ка
распоряжении толь
ный камень, кало
преобладающая част
в более умелой психо
Возможно, через
в действительность
свято верим, по
незлыми и сме
ровишневые кап
редко объясняю
нем в-адренобл
тех лекарств, а
жаемой нами

американский врач Ослер остроумно выразил эту мысль: «Часто гораздо важнее знать не то, что на рентгенограмме, а то, что у больного в голове». Лишь при таком подходе врач будет в состоянии сопоставить значимость и удельный вес отклонений, которые он обнаружил как в соматической, так и в психической сфере. Тогда-то и появится возможность сформулировать сбалансированный диагноз, где будут правильно учтены все эти факторы и их воздействие друг на друга.

Какой же подход правильнее и как поступать ■ каждом конкретном случае? Не скрою, я придерживаюсь второй (психологической) точки зрения. В подтверждение сошлюсь на один примечательный факт. Если взять старые медицинские учебники или клинические лекции, то поражаешься, насколько неадекватны, бесполезны, ■ то ■ просто вредны, на современный взгляд, те лекарства, которыми иногда — и с успехом! — пользовались наши предшественники. Тем не менее среди них были замечательные врачи, обязанные своей славой не триумфам диагностики, а успехам в исцелении. Ведь точный диагноз вызывает уважение лишь профессионалов, а широкую известность создают больные, которым нужна помощь! Как же они помогали, имея в своем распоряжении только мускус, мышьяк, опий, рвотный камень, каломель ■ кровопускание? Очевидно, преобладающая часть их лечебного эффекта заключалась в более умелой психотерапии, чем у других врачей.

зоваться психотерапией — этим могучим, никогда не стареющим и самым универсальным лечебным средством — сознательно? Для этого необходимо всегда интересоваться душевным миром каждого пациента. Только такой подход позволяет выявить особенности как личности больного, так и тех переживаний, которые имеют отношение к болезни. Ведь психотерапия совсем не заключается в стандартной бодряческой фразе: «Не волнуйтесь, все будет хорошо!»

На практике это означает следующее. Допустим, перед нами больная 50 лет с лабильной гипертонией (170/100—110/70 мм рт. ст.), частыми головными болями и единичными лейкоцитами в некоторых анализах мочи при нормальном удельном весе. Можно, конечно, поставить глубокомысленный вопрос — а не почечная ли это гипертония и с ученым видом назначить ряд сложных исследований: определение азотистых шлаков, внутривенную урографию, изотопную ренографию, а то и пункционную биопсию почки. Но если обратить внимание на печальные глаза пациентки и участливо, мягко расспросить, то мы узнаем, что недавно ее бросил муж, что сын ее стал выпивать, что она вдобавок страдает бессонницей. И если к тому же во время рассказа у нее на глазах выступят слезы, то картина болезни станет более ясной. Вот теперь, даже если нам и сообщат, что из мочи высеяна кишечная палочка, то эта находка не поколеблет главного вывода, что эта женщина попросту глубоко несчастна. И пусть такой диагноз не предусмотрен никакой медицинской классификацией, он правильный. Не надо стыдиться простого здравого смысла: разве наука не является — конечно, на счете «высшим здравомыслием», по выражению Г. А. Захарьина? А если воспользоваться научной терминологией, то можно сказать, что у больной на первом плане невротическая (реактивная) депрессия с цефалгией и реактивной артериальной гипертонией; кроме того, возможно, у нее имеется хронический пиелонефрит в легкой форме без нарушения функции почек.

Совершенно очевидно, что как бы усердно ни травмировать кишечную палочку в мочевых путях, это не нормализует давления и не улучшит самочувствия нашей пациентки; наоборот, ко всем ее бедам мы добавим еще тошноту и потерю аппетита (невиграмон), понос вследствие дисбактериоза кишечника (ампициллин), ал-

лергический зуд
надо пользоваться
ми (в частности
ее слабость, к
депрессии), скол
торов. Важнее
ваете, что она д
наполненный сп
ширить любой
тельно ее выслу
стоятельствах,
боли и бессонни
рение, что во вс
вого смысла не
пообещали ей п
ближайшее врем
фективной психот
легчением; ее ст
бавилась какая-
гипертония с
рассеются, и од
переносить жизн
жет получить в
еще через неско
изменившимся ус
это ваши лекарст
После этих
зируем более
чтобы затем им
дации.
На амбулатор
«Трудно глотать
пищевода? Веду
стреваает?» — «Нет
но, удостоверяю
дит, вы не дав
те?» (Больные
вень обструкции
шею чуть выше
гит?) «А глота
живаетесь, когда
вация глотки не

Здесь и далее
время расспроса.

аллергический зуд и др. Ясно также, что в этом случае надо пользоваться не столько гипотензивными средствами (в частности, мочегонные легко могут усугубить ее слабость, к которой она и так склонна из-за своей депрессии), сколько небольшими дозами транквилизаторов. Важнее показать больной, что вы ей сочувствуете, что она для вас живой человек, а не манекен, наполненный спастичными артериями, которые надо расширить любой ценой. Уже одно то, что вы внимательно ее выслушали, расспросили о ее жизненных обстоятельствах, подробно выяснили характер головной боли и бессонницы, подтвердили ее собственное подозрение, что во всем виноваты «нервы» (у больных здравом смысле не меньше, а то и больше, чем у нас!), пообещали ей помощь и просили явиться повторно в ближайшее время — все это и будет настоящей, эффективной психотерапией. Больная уйдет от вас с облегчением; ее страхи, что ко всем ее несчастьям добавилась какая-то ужасная болезнь (опухоль мозга? гипертония с перспективой инсульта и паралича?), рассеются, и одну—две недели она будет более стойко переносить жизненные трудности. Затем она снова сможет получить вашу поддержку (психологическую!), а еще через несколько месяцев наступит приспособление к изменившимся условиям жизни, и она будет считать, что это ваши лекарства ее вылечили...

После этих предварительных замечаний проанализируем более подробно несколько типичных случаев, чтобы затем иметь возможность дать общие рекомендации.

На амбулаторном приеме женщина 66 лет жалуется: «Трудно глотать, будто ком какой-то». (Уж не рак ли пищевода? Ведь возраст подходящий...) — «Пища застревает?» — «Нет, ком и горле и глотать трудно». (Странно, удостоверюсь). «Так что же, пища легко проходит, вы не давитесь?» — «Нет». — «Где вы это ощущаете?» (Больные обычно довольно четко локализуют урочень обструкции в пищеводе.) Больная показывает на вень чуть выше яремной ямки. (Может быть, фарингит?) «А глотать больно?» — «Нет». — «А вы не поперхиваетесь, когда пьете воду?» — «Нет». (Значит, иннервация глотки не нарушена. Голос не гнусавый, как бы

¹ Здесь и далее в скобках даны мысленные замечания автора во время расспроса.

вает при парезе мягкого неба. Что же это такое?) «Давно это у вас?»—«Года три». (Ну, тогда это не рак. Ком в горле—частая невротическая жалоба. Может быть, в этом все дело?) «Расскажите подробнее, что же вы все-таки чувствуете?» Больная медлит, думает, потом нерешительно говорит: «Вот когда ем хлеб, то корочка вроде бы царапает горло...»—«Но не застревает?»—«Нет». Затем добавляет: «Или вот, когда наклонюсь вперед, в горле что-то наливается». (Жалобы неопределенные, расплывчатые, трудно представить себе ощущения больной. Это характерно при неврозах: при органических заболеваниях жалобы, как правило, «простые», четкие, совпадают с их описанием в учебниках. Надо повнимательнее присмотреться к больной). Она замкнута, напряжена, встревожена, говорит односложно, лицо и глаза печальные. В то же время питание даже несколько избыточное, цвет лица хороший. «Вас, наверное, за эти годы уже не раз обследовали?» Больная протягивает протокол рентгеноскопии желудка и эзофагогастроскопии. «На передней стенке пищевода в нижней трети имеется дивертикул, входное отверстие диаметром 2,0 см, глубиной 1,5 см; слизистые оболочки пищевода и дивертикула не изменены». (Итак, какое-то основание для «локального» диагноза есть, и, действительно, больной уже назначали альмагель, но безуспешно. Разве такие жалобы могут быть объяснены этой находкой? Во-первых, дивертикул находится в нижней трети пищевода, а неприятные ощущения локализируются в его начале. Во-вторых, дивертикул проявлялся бы или истинной дисфагией, поскольку комок пищи в нем может сузить просвет пищевода, или же он вызывал бы тухлую отрыжку или боли при глотании из-за разложения застаивающейся в слепом мешке пищи. Но слизистая оболочка в норме, значит, эзофагита нет. Может быть, все-таки невроз? Проверим). «Как ваш аппетит?»—«Хороший».—«Запорами не страдаете?»—«Нет».—«Как вы спите?»—«Плохо».—«Давно?»—«Да уж несколько лет». (Расстройства сна—основной показатель невротических состояний). «А почему вы плохо спите, нервничать приходится?»—«Да...» На глазах у больной появляются слезы.

Из дальнейшей беседы выясняется, что совместно с больной и ее мужем живет их сын со своей женой и маленьким ребенком. Сын часто уезжает в длительные командировки, а сноха не помогает по хозяйству,

груба, часто обижает стариков—«будто в подавленное, по утрам (Душевное неблагополучие все дело?)» Физически никакой патологии в норме, болят в кабинете стакан воды.

Итак, сформулирую с сенестопатиями пищевода и нижней трети. Успокаиваю больную, нет никакой опухоли, невинное выпячивание требует никакого лечения, в плохом состоянии, ведите их и надо подлечить; того, так что можно заменить лекарствами.

Выписывают антидепрессанты (1/4 таблетки) на ночь утром и днем.

Осмотр через 10 дней исчез «ком в горле», сон хорошие. Бодрое, напряжение.

Новая встреча через 3 месяца. В последние дни «ком в горле», боится рецидива, рассудительна, ушла назад сноха переехала сейчас все благополучно, скучают по внучке. Прогноз по-прежнему пессимистический, беседа, жалобы нет. Контроль через 3 месяца.

Итак, несмотря на жалобы и на обнаруженный анализ ощущений, удалось с уверенностью объяснить бессимптомное наблюдение.

груба, часто обижает, не здоровается, не замечает стариков — «будто враг в доме!». Настроение обычно подавленное, по утрам слабость, не хочется вставать. (Душевное неблагополучие, несомненно, но только ли в нем все дело?) Физикальное обследование не обнаруживает никакой патологии, в частности задняя стенка глотки в норме, больная свободно выпивает здесь же в кабинете стакан воды.

Итак, сформулируем диагноз: невротическая депрессия с сенестопатиями; неосложненный дивертикул пищевода в нижней трети.

Успокаиваю больную, уверенно говорю, что у нее нет никакой опухоли, что ее дивертикул — совершенно невинное выпячивание пищевода, которое даже не требует никакого лечения, но «нервы» у нее сейчас в плохом состоянии, ведь она и сама это чувствует. Вот их и надо подлечить; впрочем, и здесь нет ничего страшного, так что можно обойтись совсем крохотными дозами лекарств.

Выписывают антидепрессанты: амитриптилин 0,006 г ($\frac{1}{4}$ таблетки) на ночь и пиразидол 0,012 г ($\frac{1}{4}$ таблетки) утром и днем.

Осмотр через 10 дней: самочувствие гораздо лучше, исчез «ком в горле», глотает нормально, настроение и сон хорошие. Бодра, улыбается, исчезли замкнутость и напряжение.

Новая встреча через 5 мес. После длительного благополучия в последние дни вновь «колет, царапает в горле», боится рецидива болезни. Не замкнута, спокойна, рассудительна, улыбается. Рассказывает, что 3 нед назад сноха переехала к своей матери, поэтому дома сейчас все благополучно, но и она, и ее муж очень тоскуют по внучке. При физикальном обследовании патологии по-прежнему нет. Вновь краткая психотерапевтическая беседа, назначены малые дозы антидепрессантов. Контроль через 2 нед — самочувствие хорошее, жалоб нет.

Итак, несмотря на дисфагические на первый взгляд жалобы и на обнаружение дивертикула пищевода, не сложный анализ ощущений больной и беседа с нею позволили с уверенностью посчитать дивертикул случайной бессимптомной находкой, а всю клиническую картину объяснить невротическим расстройством. Дальнейшее наблюдение подтвердило правильность этой оценки.

Вот еще одно наблюдение, на сей раз, если можно так выразиться, с кардиологической подоплекой.

Больная Б., 49 лет, подтянутая, энергичная, рассказывает, что 2 года назад во время одного из регулярных посещений бассейна, где она обычно проплывала за час 1 км (молодец, бодрая, настойчивая!), вдруг почувствовала распирание под ложечкой и небольшую тошноту. Она прекратила плавание, оделась и пошла домой с мужем и сыном (по-видимому, семья дружная, это свидетельствует об уживчивом характере и уменьшает вероятность невротического фона). Ее спутники шли, как всегда, быстро, и у нее снова появилось распирание под ложечкой; при замедлении шага ей становилось легче (локализация не характерна для стенокардии, но связь с ходьбой имеет высокую диагностическую ценность). В метро это ощущение возобновилось. Кто-то дал ей 1 таблетку нитроглицерина и ей сразу стало хорошо (итак, стенокардия несомненна). В последующие дни была сделана ЭКГ во время физической нагрузки, обнаружено горизонтальное смещение сегмента S—T вниз на 1,2 мм (диагноз ясен и без этого). Больной были рекомендованы лекарства, но она не стала лечиться и уже вскоре почувствовала себя совершенно здоровой: вернулась к плаванию, каталась на лыжах, много и быстро ходила, не испытывая при этом никаких неприятных ощущений.

Однако 3 мес назад во время летнего отпуска на даче при подъеме в гору она стала замечать стеснение за грудиной, которое быстро исчезало при замедлении ходьбы. Это встревожило больную, уже совсем забывшую о своем сердце и врачебных советах. После отпуска на службе сложилась конфликтная ситуация, она много нервничала и однажды на работе почувствовала себя плохо: появились тяжесть под ложечкой, тошнота, дрожь, нехватка воздуха — не могла глубоко вдохнуть (не похоже на ангинальный приступ; дрожь и неудовлетворенность вдохом — невротическая реакция?). Принятая таблетка нитроглицерина не помогла, а после второй таблетки нитроглицерина она на несколько минут потеряла сознание, было непроизвольное мочеиспускание (коллапс от нитроглицерина? Быть может, весь эпизод невротической природы?). Больную срочно госпитализировали, но уже через неделю выписали домой, так как предположение об инфаркте не подтвердилось (невротическое расстройство).

Однако в отличие
на этот раз выз
общее плохое са
не могла даже з
кресле; появились
жение, бессонница
чрезмерно, неадек
строение стало п
тина). Вдобавок
«плохая», а от н
дикардия до 50
блуждающие бол
то спереди, в об
ласти плечевого су
Объективно:

Объективно: словесно, но бо болезни, сама будто хочет, что обстоятельство, пы При физикальном 2-го тона во вто ном артериально нуту, ритмичный, чения печени, н болезненность пр слева. На элект ное развитие не Гиса, снижение дениях.

Из дополните
назад была пр
матки по повод
этого продолжали
2 года (в 42 го
у отца был сахар
Итак, ишемич
нокардия напря
ния больной и е
вызваны этой п
риантов ишемиче
ническую картин
грудной клетки
шее недомогани
ротического сво
психологическа

Однако ■ отличие от того, что было 2 года назад, на этот раз выздоровление не наступило: оставались общее плохое самочувствие, слабость, утомляемость — не могла даже заниматься любимым вязанием, сидя в кресле; появились внутренняя дрожь, тревога, напряжение, бессонница. Больная сама заметила, что стала чрезмерно, неадекватно тревожиться по пустякам; настроение стало подавленным (явно невротическая картина). Вдобавок больную напугали, сказав, что ЭКГ «плохая», а от назначенного анаприлина возникла брадикардия до 50 и увеличилась слабость. Появились блуждающие боли без связи с физической нагрузкой то спереди, в области верхушечного толчка, то в области плечевого сустава, то ■ левой лопатке.

Объективно: больная несколько возбуждена, многословна, но бодрится, подробно рассказывает о своей болезни, сама оттеняет невротические моменты, как будто хочет, чтобы врач обратил внимание на это обстоятельство, пытливо и тревожно смотрит ■ глаза. При физикальном обследовании отмечается лишь акцент 2-го тона во втором межреберье справа при нормальном артериальном давлении, пульс 56 ударов ■ минуту, ритмичный, хорошего наполнения; отеков, увеличения печени, набухания шейных вен нет; небольшая болезненность при пальпации мышц плечевого пояса слева. На электрокардиограммах за 2 года постепенное развитие неполной блокады правой ножки пучка Гиса, снижение амплитуды зубцов T во всех отведениях.

Из дополнительного расспроса выяснено, что 9 лет назад была произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу фибромиомы; первое время после этого продолжались скудные кровяные выделения, но через 2 года (в 42 года) наступила менопауза без приливов. У отца был сахарный диабет.

Итак, ишемическая болезнь сердца и типичная стенокардия напряжения несомненны. Но разве страдания больной и ее нетрудоспособность в последние 2 месяца вызваны этой причиной? Ни один из клинических вариантов ишемической болезни не может объяснить клиническую картину. Блуждающие боли в левой половине грудной клетки, бессонница, раздражительность, общее недомогание — все эти симптомы, бесспорно, невротического свойства. Они могут быть расценены как психологическая реакция человека на болезнь вообще.

■ том числе и на ишемическую болезнь сердца, но не являются закономерным следствием сужения просвета венечных артерий в отличие, например, от стенокардии, нарушений ритма, инфаркта, кардиосклероза и характерных изменений ЭКГ.

Равным образом слабость и утомляемость также нельзя связать напрямую с состоянием миокарда: ведь даже больные с тяжелой недостаточностью сердца (асцит, анасарка, ортопноэ) прикованы к постели не слабостью или утомляемостью, а одышкой физического напряжения; несмотря на это, такие больные нередко бодры и активны («глазами бы все сделала»). Разве вязание или чтение книги можно назвать физической нагрузкой! Наиболее частой причиной жалоб на слабость и утомляемость в повседневной практике врача являются как раз невротические расстройства, особенно при наличии депрессивного компонента; гораздо реже слабость обусловлена сахарным диабетом, тиреотоксикозом, злокачественной опухолью, миастенией, гипокалиемией.

Итак, несмотря на то что у больной имеется весьма серьезное заболевание — атеросклероз венечных артерий сердца, на первый план в данное время выступают невротические нарушения. Поэтому лечащий врач должен сейчас обратить внимание именно на эту проблему, а не на ишемическую болезнь сердца, тем более, что ишемическая болезнь не грозит (опять-таки сейчас) тяжелыми осложнениями: нет синдрома нестабильной стенокардии, нет острого инфаркта и нет опасных нарушений ритма.

Вот почему я решительно и авторитетно говорю больной, что общее ее состояние вполне хорошее, сердце ее значительно лучше, чем кажется ей или ее врачам; изменения на ЭКГ незначительные и обусловлены не болезнью, а возрастом, вроде седины в голове, и потому отнюдь не предвещают инфаркта. (Говоря это, вовсе не приходится кривить душой: ведь нарушения внутрисердечной проводимости нередко являются следствием не плохого кровоснабжения проводящей ткани, а особого дегенеративного процесса, избирательно поражающего эти специализированные волокна, точно так же как седина и облысение вовсе не объясняются атеросклерозом артерий и покрове черепа.) Что же касается болей, то они только локализуются в области сердца, но исходят вовсе не из него; сердечными были

боли, возникавшие
последнее время так

Чтобы уверить
вающие заверения
ваны на истинно
ленно возобновит
культурой, в бли
еще через 1—2
С той же целью
ня «сердечные»
рибоксин) и назн
дозы транквилиза
сутки в течение
психологическая з

Контроль чере
ра, работает, со
быстрой ходьбе
В связи с этим
3 раза в день.
тельно призналас
ние было вызва
но и тем, что ее
совсем забросил у

Еще через м
плаванием, пропл
либо неприятных

Предвижу нед
решительных и с
ную с несомнен
соответствующих
ная стенокардия
что нарушения
следствие ишеми
ного процесса;
же является не
ческом плане. Во
ной нет обострен
успеет еще доск
тивных средств.
психологический
леткой нитросор
ная, роковая бол

Вот еще одн
показать нер
лейшие орга

боли, возникавшие при подъеме в горку, но ведь в последнее время таких ощущений у вас нет!

Чтобы уверить больную в том, что мои обнадеживающие заверения делаются не для видимости, а основаны на истинном убеждении, я посоветовал немедленно возобновить прогулки и утренние занятия физкультурой, в ближайшее время вернуться на работу, а еще через 1—2 мес возобновить посещения бассейна. С той же целью я демонстративно и решительно отменяю «сердечные» средства (сустак, кордарон, панангин, рибоксин) и назначаю только массаж спины и малые дозы транквилизаторов (тазепам по 10 мг 2 раза в сутки ■ течение 2 нед); чтобы у больной не возникла психологическая зависимость от лекарств.

Контроль через месяц: самочувствие хорошее, бодр, работает, сон нормализовался; только при очень быстрой ходьбе бывает чувство сжатия за грудиной. В связи с этим назначаю коринфар по 1 таблетке 3 раза в день. (Кстати, на этот раз больная доверительно призналась, что ее скверное душевное состояние было вызвано не только служебным конфликтом, но и тем, что ее сын студент ■ это время «загулял» ■ совсем забросил учебу...)

Еще через месяц: осторожно возобновила занятия плаванием, проплывает за один сеанс 500 м без каких-либо неприятных ощущений, очень довольна.

Предвижу недоумение или даже негодование «судей решительных и строгих»: «Как же вы оставляете больную с несомненной ишемической болезнью сердца без соответствующих лекарств?» Согласен, имеется типичная стенокардия напряжения; готов даже допустить, что нарушения внутрижелудочковой проводимости суть следствие ишемии, ■ не самостоятельного дегенеративного процесса; наконец, сахарный диабет у отца также является неблагоприятным фактором ■ прогностическом плане. Все это так, но в данный момент у больной нет обострения ишемической болезни. Эта женщина успеет еще досыта наглотаться различных коронароактивных средств. Сейчас важнее помочь ей преодолеть психологический срыв, а не напоминать каждой таблеткой нитросорбида или анаприлина, что у нее опасная, роковая болезнь...

Вот еще одно наблюдение, где можно убедительно показать невротические наслоения, несмотря на тяжелейшие органические поражения легких и сердца.

Больная Г., 59 лет. В молодости — левосторонний обширный метатуберкулезный плевропневмосклероз, фиброторакс, резкое смещение средостения влево, умеренная одышка напряжения. Последние 7 лет выраженная сердечная недостаточность, временами доходящая до ортопноэ, асцита, анasarки, что сопровождается тогда появлением ритма галопа и альтернирующего пульса; компенсация с трудом поддерживается постоянной дигитализацией и ежедневным приемом мочегонных; время от времени приходится переводить больную на внутривенное вливание строфантина. В последние 2 года добавилась типичная стенокардия напряжения, облегчающаяся при приеме кордарона. Год назад овдовела, живет одна.

При очередном посещении: «Мне стало гораздо хуже». (Беда, опять, наверное, декомпенсация, придется снова строфантин вводить). «В последнее время наваливается какая-то тяжесть на грудь», — показывает рукой на переднюю поверхность грудной клетки. (Усиление проявления стенокардии? Надо выяснить). «Когда же это у вас бывает, при ходьбе или в покое?» — «В разное время. Навалится и давит, давит — весь день...» (Нет, не стенокардия). «...А при этом все внутри дрожать начинает». (Невроз! Проверю). — «А как ваша одышка?» — «В это время и одышка появляется». (Наверное, просто неудовлетворенность вдохом, проверю). — «Какая же это одышка, как при ходьбе или другая?» — «Нет, просто вдохнуть никак не могу» (все сходится — невроз). «А при ходьбе ломит за грудиной?» — «Иногда, но не больше, чем раньше...» (Значит, стенокардия не усилилась. Быть может, невроз). — «Как вы спите, хорошо или плохо?» — «Иногда вечером тяжесть эта навалится, и я совсем не могу заснуть, все боюсь: а вдруг сердце остановится...» (Все ясно). Еще не приступая к физикальному обследованию, говорю как бы вскользь, но испытующе: «Мне кажется, что у вас это нервное...» Она с надеждой: «Правда?» и смущенно добавляет: «Неделю назад мой сосед умер — сердечником был. Вот я и подумала, что теперь мой черед настал...» (Вот оно что!) — «А до его смерти тяжесть эта на вас наваливалась?» — «Нет»...»

Нетрудно догадаться, что при физикальном обследовании не было обнаружено никаких объективных признаков дополнительного ухудшения функции легких и сердца по сравнению с предыдущим осмотром.

Боюсь, читать не могу не приве
Тучная, неог
покоит?» — «Докт
время голова
уж не депресси
болит левая р
кашляю...» (Цел
милу, наверняка
мокротой?» — «Су
легких не обнар
«А боли в серд
«Постоянно...» (З
«Спите хорошо
есть?» — «Да, си
валится...» (спр
год назад умер
ясно).

При физикал
менений сердца
ритмичный, арте
болезненны ости
ны и напряжен
ЭКГ без особенн

Надеюсь, эти
вопроса. Перейд
стики невротиче
щей практики (н

Известно, чт
лезнь, надо по
чему первое и
полного, сбала
как психологиче
лезни, — это не
расстройств у
любят, когда и
но вместе с тем
до вопросов ча
ными трудностя
ными с болезн
больная сначал
подряг
зате
скр
со

Боюсь, читателю уже наскучили эти примеры, но не могу не привести еще один.

Тучная, неопрятная женщина 72 лет. «Что вас беспокоит?»—«Доктор, у меня сердце болит и почти все время голова болит (постоянная головная боль — уж не депрессия ли?), а то иногда голова кружится; болит левая рука, а пальцы немеют (спондилез?), кашляю...» (Целый ворох жалоб, видно ей ничто не мило, наверняка депрессия).—«Кашель сухой или с мокротой?»—«Сухой» (по-видимому, ничего особенного в легких не обнаружу. Уточню насчет болей в сердце).—«А боли в сердце бывают при ходьбе или в покое?»—«Постоянно...» (Займусь предположением о депрессии).—«Спите хорошо или плохо»—«Плохо».—«Слабость есть?»—«Да, сил что-то не стало совсем, все из рук валится...» (спрошу-ка прямо)—«Одна живете?»—«Да, год назад умер муж, с тех пор так и маюсь...» (Все ясно).

При физикальном обследовании патологических изменений сердца и легких не обнаружено, пульс 70, ритмичный, артериальное давление 200/100 мм рт. ст., болезненны остистые отростки позвонков D₃₋₆, болезненны и напряжены затылочные мышцы, особенно слева; ЭКГ без особенностей.

Надеюсь, эти примеры дали представление о сути вопроса. Перейдем теперь к общим приемам диагностики невротических расстройств в работе врача общей практики (не психиатра и не невропатолога!).

Известно, что для того, чтобы диагностировать болезнь, надо по крайней мере помнить о ней. Вот почему первое и самое главное условие по-настоящему полного, сбалансированного диагноза, учитывающего как психологические, так и соматические аспекты болезни,— это не забывать о возможности невротических расстройств у любого больного. Больные обычно не любят, когда им говорят, что их болезнь «от нервов», но вместе с тем даже в своем спонтанном рассказе еще до вопросов часто знакомят врача со своими жизненными трудностями и горестями, вроде бы и не связанными с болезнью. Так, на вопрос: «что вас беспокоит?» больная сначала сообщает, что она несколько месяцев подряд ухаживала за умирающей матерью, и только затем рассказывает о своих недугах. Что это, как не скрытая просьба обратить внимание на ее душевное состояние?

Вот почему надо постоянно тренировать свою наблюдательность. Допустим, к нам обращается женщина лет 40 с жалобами на боли в правом подреберье. Естественно, сразу мысль — нет ли какой-то патологии желчного пузыря? Уточняем с помощью нескольких вопросов это предположение. Но вот больная разделась для осмотра, нехотя — после напоминания — сняла бюстгальтер, и первое, что бросается в глаза, — рубец после радикальной мастэктомии. Как же не подумать о том, что, возможно, помимо всего прочего, бедняжку гнетет сознание ущербной женственности, быть может, даже опасение распада семьи! Разве это не может привести к депрессии и существенно повлиять на всю клиническую картину? Кроме того, наверное, ее постоянно преследует боязнь метастазов. Может быть, и к нам-то она пришла не потому, что боли в подреберье действительно не дают ей житья, а потому, что втайне она опасается, не возврат ли это страшной болезни. А ведь у нее еще маленькие дети! Почувствовав эту невысказанную тревогу, надо нарочито тщательно пропальпировать не только живот и печень, но и периферические лимфатические узлы, оставшуюся молочную железу, сделать анализ крови и некоторые другие исследования и затем авторитетно сказать больной, глядя ей прямо в глаза, что ее неприятные ощущения не имеют никакого отношения к онкологии. Не исключено, что этого будет вполне достаточно, она успокоится и больше не придет к врачу. Не потому, что вывели дискинезию желчных путей (которую, кстати, действительно нашли), а потому, что реально испытываемые ею неприятные ощущения так незначительны сами по себе, что она и не обратилась бы за помощью, если бы ее не погнал страх совсем другой болезни. И наоборот, легко представить, как долго и безуспешно будет возиться с этой больной врач, не подумавший об этих моментах и ограничившийся дуоденальным зондированием, холецистографией, ультразвуком и др.; вряд ли в таком случае будет большая польза от всевозможных желчегонных и спазмолитических средств.

Вот другая ситуация: острый неосложненный инфаркт миокарда у крепкого мужчины 47 лет. Банальный, казалось бы, случай, лечение давно отработано и известно. Однако, когда мы узнаем, что этот больной всего полгода назад был выдвинут на ответственную, престижную должность с высокой зарплатой, то

легко представить полную безнадежность удержаться на строфы, как слон станет ли он жани любое невинно ретает трагически беспощадной боли дежурного врача рин. На самом д образом не в ук нии, в уверенности сможет полноценно дательны, догадливы

Нередко уже в и рассказ выказы ность, уныние, печ гополучия очень в езным упущением раничиться исследо ры, не поинтересов. Кроме указанных мов, которые, кста еще другие, невро очевиден.

Так, иногда бо болезни настолько пение врача подверг перечисляет точные шений, свои догади заключения различны про себя с раздра занудой или эгоистом нет ясно, что болезн видит, кроме нее, и жизни. Человек с к но отстраняет от себ сти болезни кажутся бывает их, либо не сч чрезмерная детализа за свое здоровье и одн Признаками, р врача в сторон

легко представить себе страх, тревогу, а то и чувство полной безнадежности у нашего больного: сможет ли он удержаться на своем новом посту после такой катастрофы, как сложится его жизнь в дальнейшем, не станет ли он жалким инвалидом? При таком настроении любое невинное ощущение в области сердца приобретает трагический характер и кажется новой атакой беспощадной болезни; больной каждую ночь вызывает дежурного врача и без устали принимает нитроглицерин. На самом деле этот больной нуждается главным образом не в уколах и не в таблетках, а в ободрении, в уверенности, что, выйдя из больницы, он снова сможет полноценно жить и работать. Итак, будем наблюдательны, догадливы и чутки!

Нередко уже внешний вид больного, его поведение и рассказ вызывают тревогу, напряжение, растерянность, уныние, печаль. Эти сигналы душевного неблагополучия очень важны. В таких случаях будет серьезным упущением не обратить на них внимания и ограничиться исследованием только соматической сферы, не поинтересовавшись внутренней жизнью больного.

Кроме указанных так называемых прямых симптомов, которые, кстати, не всегда присутствуют, есть еще другие, невротический генезис которых не столь очевиден.

Так, иногда больной рассказывает историю своей болезни настолько подробно и обстоятельно, что терпение врача подвергается трудному испытанию. Больной перечисляет точные даты, малейшие детали своих ощущений, свои догадки, все принимавшиеся лекарства, заключения различных врачей и др. Можно, конечно, про себя с раздражением обозвать такого пациента занудой или эгоистом. Однако если вдуматься, то становится ясно, что болезнь сломила больного, он ничего не видит, кроме нее, и считает ее самым важным в своей жизни. Человек с крепкой, здоровой психикой невольно отстраняет от себя свою болезнь; многие подробно-сти болезни кажутся ему незначительными и он либо забывает их, либо не считает нужным рассказывать о них. Чрезмерная детализация — важный признак невротического расстройства, проявление всепоглощающей тревоги за свое здоровье и одновременно скрытая мольба о психотерапевтической помощи!

Признаками, направляющими врача в сторону невротического

неопределенность и расплывчатость жалоб или же, наоборот, их чрезмерная картинность; ■ обоих случаях жалобы не укладываются в привычные рамки определенных соматических болезней. Кстати, одно из первых потрясений молодого врача, начинающего самостоятельно работать, состоит в том, что жалобы больных удручающе редко согласуются с описаниями ■ учебниках; почечная колика, стенокардия или мигрень оказываются редкими знакомыми островками в океане разнообразных, непонятных и неопределенных жалоб, обрушивающихся на него. Причина этого проста: невротические расстройства встречаются несравненно чаще, чем соматические заболевания.

Очень вероятна невротическая природа жалоб на длительные (весь день) — многодневные, многомесячные боли на фоне общего удовлетворительного состояния. О надежности этого клинического правила говорит следующее наблюдение.

Больная, 45 лет, жалуется на боли ■ области грудины. Боли беспокоят уже около года, длятся они весь день с утра до вечера, не связаны ни с быстрой ходьбой, ни с движениями туловища, ни с едой, ни с дыханием. По утрам бывает небольшой кашель. Объективно: цветущая женщина, румянец на всю щеку, улыбается, добродушна, не напряжена (Странно, жалоба вроде бы невротическая, но признаков невроза нет. Попробую проверить). «Как вы спите?» — «Когда как...» (Бессонницы нет — еще один аргумент против невротического расстройства). Из дальнейшей беседы: у больной две дочери; живет она с младшей, очень хорошей, ■ старшая уже замужем. Года 2 назад умер муж, 11 мес назад умерла мать (рассказывает об этом спокойно, без слез). При физикальном обследовании, как и следовало ожидать, никаких отклонений найти не удалось, ■ частности, нет болезненности при пальпации грудной клетки, нагрузке на позвоночник, поворотах туловища. Анализ крови, мочи, ЭКГ, рентгенограммы грудной клетки без патологии, на рентгенограммах шейно-грудного отдела позвоночника небольшие признаки спондилеза, при рентгеноскопии желудка выявлен гастрит, при холецистографии — гипотония желчного пузыря. (Попробую еще раз). «Как ваше настроение?» — «Стараюсь быть оптимисткой...» (Улыбается, но на глазах появляются слезы. Наверное, все-таки невроз, хотя доказательств нет). Осторожно говорю: «Ваша боль, ■ ду-

маю, двойного пр
солей, но в осно
пытаний на вашу
тем мама, как ра
«Да, вы знаете,
лась... (!!!) У нее
нице, а там мне
умрет, да и круг
быть глубоким пс
трясающим и дли
кое переживание.
мужа больная на
то смерть матери
исключительной ва
бы обратить внима
ной развязки...

Равным образом
ется в действител
ность вдохом, т.
то опять-таки надо
в этом направлении
Ценными косвен
чения оказывались
хронический запор
ней привычкой к сла
Догадка о нев
конец, и в тех сл
гочисленны и раз
разумно увязать во
ского:

И корь, и дифте
И оспа, и бронх
И голова болит
И горлышко бол

Разумеется, нельзя
тику дают не только
ные заболевания (д
ка, узелковый пери
злокачественные опух
близания довольно
ента может оказатьс
какое-то редкое заб
о сравнительной ча

маю, двойного происхождения: есть начальное отложение солей, но в основном это невралгия. Ведь все-таки испытаний на вашу долю выпало немало — умер муж, затем мама, как раз примерно тогда и начались боли...» — «Да, вы знаете, мама долго болела, а потом и удавилась... (!!!) У нее была болезнь крови, лежала в больнице, и там мне все время говорили, что она скоро умрет, да и кругом такие ужасные болезни...» Не надо быть глубоким психологом, чтобы понять, насколько потрясающим и длительно действующим должно быть такое переживание. Характерно, что если дату смерти мужа больная назвала приблизительно (года 2 назад), то смерть матери (11 мес) — точно, что показывает об исключительной важности этого события. Мне следовало бы обратить внимание на эту деталь задолго до неожиданной развязки...

Равным образом, если жалоба на одышку оказывается в действительности жалобой на неудовлетворенность вдохом, т. е. чисто невротическим симптомом, то опять-таки надо углубить свой диагностический поиск в этом направлении.

Ценными косвенными признаками аналогичного значения оказывались в моей практике заикание, тики и хронический запор (особенно в сочетании с многолетней привычкой к слабительным средствам).

Догадка о невротической природе возникает, наконец, и в тех случаях, когда жалобы слишком многочисленны и разнообразны, чтобы их можно было разумно увязать воедино. Совсем как у К. И. Чуковского:

И корь, и дифтерит у них,
И оспа, и бронхит у них,
И голова болит у них,
И горлышко болит...

Разумеется, нельзя забывать, что пеструю симптоматику дают не только невроты, но и некоторые системные заболевания (диссеминированная красная волчанка, узелковый периартериит, рассеянный склероз) и злокачественные опухоли. Но, с одной стороны, эти заболевания довольно редки. [Конечно, у нашего пациента может оказаться, на его беду, не банальное, а какое-то редкое заболевание. Вот почему размышления о сравнительной частоте разных болезней уместны

только в начале диагностического процесса: в первую очередь надо подумать о наиболее частых возможных причинах данной клинической картины (в том числе и о неврозе), а затем непредвзято, объективно проверить каждое из этих предположений]. С другой стороны, в таких случаях жалобы обычно сочетаются со значительными объективными соматическими изменениями, так что предположение о неврозе как о ведущем компоненте клинической картины сразу отпадает.

Все эти штрихи являются всего лишь намеками, указаниями на возможность невротического расстройства. Они лежат на поверхности, проявляясь буквально с первых же секунд общения с больным. К сожалению, многие врачи не видят их и потому не используют в процессе диагностики. Ценность их как раз в том и заключается, что они побуждают заняться углубленным изучением душевного мира больного.

Допустим, что больной спокоен, уравновешен, рассказывает его четко и деловит. В таком случае врач и по-прежнему считает себя вправе сразу, минуя, так сказать, голову, перейти «к делу» — к исследованию грудной клетки, живота и т. д. Впрочем, добравшись до привычной сферы соматики, врач все же не сразу обращается к больному органу, а проводит общее ориентировочное обследование. Так, если больной жалуется на боли под ложечкой спустя 1 ч после еды и по ночам, то все понимают, что надо не только внимательно пропальпировать живот, но и проаскультировать легкие и сердце. Как же можно пренебречь оценкой душевного состояния, знакомясь с больным? Во-первых, вероятность обнаружить отклонения в этой сфере гораздо выше, чем при обследовании других «побочных» органов и систем, потому что это наиболее сложная, наиболее реактивная и наиболее ранимая область. Во-вторых, это особенно важно с практической точки зрения, если мы действительно найдем какие-то невротические расстройства, то связь их с основным заболеванием (в нашем примере с язвенной болезнью) будет, очевидно, гораздо теснее и сильнее скажется на нашей терапевтической тактике, чем если мы обнаружим у этого больного, допустим, бессимптомную артериальную гипертензию или бронхит.

Вот почему врач должен интересоваться душевным миром каждого больного уж никак не меньше, чем,

скажем, частоту
лений к академ
следования, а
выгоде: именно
ной степени спо
лечения.

Что же надо
лучить представл
с другой — не вы
своим вроде бы
эту задачу обычно
Достаточно задать
нейтральных вопро
посчитает лишними
в то же время не
намеревается все
что-то слишком инти
Самый первый о
хорошо или плохо
сонница, прерывист
ния) отражают воз
обычайно часто соп
ства. Хроническое
ценный признак душе
редка угнетенное со
повышенной сонливос
днем), но этот призна
в интересующем нас с
Поскольку депресс
странена, то полезно
опять-таки при помо
«Нет ли у Вас слабос
лучше — утром, днем
характерны скверное
разбитость, вялость им
настроение, ухудшается
шать: «Я сова, а не ж
бости, то для депресси
ческая, как это бывает
так сказать, психическ
т-чтения, беседы, тел
дополнительно спросить
вета: «Что же у вас —
ничего делать?»
Наконец, исключитель

скажем, частотой пульса. Дело здесь вовсе не в стремлении к академической полноте и всесторонности обследования, а в самой что ни на есть практической выгоде: именно учет особенностей личности в огромной степени способствуют индивидуализации и успеху лечения.

Что же надо сделать, чтобы, с одной стороны, получить представление о внутренней жизни больного, а с другой — не вызвать у него неприязни или протеста своим вроде бы неуместным любопытством? Выполнить эту задачу обычно легче, чем кажется на первый взгляд. Достаточно задать всего несколько простых и внешне нейтральных вопросов, которые больной отнюдь не посчитает лишними, не относящимися к делу, но которые в то же время не вызовут у него подозрений, что врач намеревается все «свалить на нервы» или выпытать что-то слишком интимное.

Самый первый обязательный вопрос: «Как вы спите, хорошо или плохо?» Различные нарушения сна (бессонница, прерывистый, чуткий сон, страшные сновидения) отражают возбуждение и тревогу и потому необычайно часто сопровождают невротические расстройства. Хроническое применение снотворных — важный и ценный признак душевного неблагополучия! Впрочем, изредка угнетенное состояние сопровождается, наоборот, повышенной сонливостью (вернее, желанием спать даже днем), но этот признак уже далеко не так специфичен в интересующем нас смысле, как бессонница.

Поскольку депрессия в легкой форме очень распространена, то полезно прозондировать и эту возможность опять-таки при помощи внешне нейтральных вопросов: «Нет ли у Вас слабости?» и «Когда Вы чувствуете себя лучше — утром, днем или вечером?» Для депрессии характерны скверное самочувствие, нежелание вставать, разбитость, вялость именно утром, тогда как к вечеру настроение улучшается. Иногда в ответ можно услышать: «Я сова, а не жаворонок». Что же касается слабости, то для депрессии характерна слабость не физическая, как это бывает при недостаточности сердца, а, так сказать, психическая: быстрая утомляемость даже от чтения, беседы, телевизора. Для уточнения можно дополнительно спросить в случае положительного ответа: «Что же у вас — нет сил или просто не хочется ничего делать?»

Наконец, исключительно важно выяснить жизненные

условия пациента. Очевидно, что конфликтная ситуация на работе или дома, бездетность и тем более одиночество, недавняя потеря близкого человека, развод, вынужденное безделье при уходе на пенсию — все это настолько сильные отрицательные факторы, что возникновение невротической реакции представляется почти неизбежным. Здесь также вопросы надо задавать таким образом, чтобы они не создавали у больного впечатления немедицинского, нездорового любопытства. Мои вопросы здесь таковы: «Как у вас обстановка на работе и дома, все ли благополучно, нет ли каких-то конфликтов или трудностей?». «Большая ли у вас сейчас семья и домашняя нагрузка, с кем вы сейчас живете?» Уклончивый или односложный ответ показывает, с одной стороны, что больной не хочет говорить на эту тему, но, с другой стороны, это и указывает на какое-то неблагополучие. При первом знакомстве такой намек вполне достаточен для понимания больного, ибо дело не в конкретных деталях жизненной драмы, а в самом факте ее наличия.

Разумеется, расспрос такого рода очень далек от углубленного обследования, которое проводят психоневрологи. И уж, конечно, он недостаточен, чтобы только на такой основе сформулировать четкий, точный неврологический или психиатрический диагноз. Цель подобного расспроса другая. Для врача-интерниста общей практики важно и вполне достаточно при первом знакомстве выяснить сам факт душевного неблагополучия, чтобы уже в этом свете оценить имеющуюся соматическую патологию. Мы должны выяснить, что за человек наш больной, и не только чем он болен. Такой ориентировочный, неформальный подход позволителен еще и потому, что даже среди специалистов-психоневрологов имеются большие терминологические разногласия при формулировке диагноза. Выдающийся знаток этой проблемы Е. К. Краснушкин писал: «Из всего изложенного ясно, что нет нозологических отдельных форм неврозов, и имеются невротические синдромы, определяемые ситуацией, понимаемой в широком смысле слова как внешние обстоятельства и как весь комплекс переживаний и свойств личности в момент возникновения невроза».

В заключение хочется предостеречь молодых врачей еще от одной ошибки. Цель книги — заинтересовать психологической стороной врачевания. Вот почему эта

проблема нам
должен пост
роль точно
асептике. В
представляет
ского, так и
деть больного
тогда он смо
кой толк от
или небрежно
гическим под
и будет почт
щественно не
и скоро при
очень многие
чинаются или
тикой. Достат
рака, на гипе
склероз, миаст
серьезное сома
ротических нас
Залогом пр
ванный диагно
удельный вес к
психических на
Поэтому врач
фессиональные
матической ме
стики, умение
данные лабора
так и психолог
в области меди
ежедневная тре
дополняющих д
ности позволяю
в клятве Гиппок

проблема намеренно выпячена, подчеркнута. Любой врач должен постоянно учитывать свою психотерапевтическую роль точно так же, как хирург всегда заботится об асептике. В действительности больной многогранен и представляет собой неразрывный сплав как соматического, так и душевного страдания. Врачу надо увидеть больного целиком, объемно, всесторонне. Только тогда он сможет лечить не болезнь, а больного. Но какой толк от асептики, когда операция сделана неумело или небрежно? Если молодой врач увлечется психологическим подходом в ущерб соматической диагностике и будет почти у каждого больного находить преимущественно невротические расстройства, это обязательно и скоро приведет к печальным последствиям. Ведь очень многие серьезные соматические заболевания начинаются или протекают с неврозоподобной симптоматикой. Достаточно указать хотя бы на ранние стадии рака, на гипер- и гипотиреоз, туберкулез, рассеянный склероз, миастению, диабет и др. Опасно не увидеть серьезное соматическое заболевание сквозь пелену невротических наслоений.

Залогом правильного лечения является **сбалансированный диагноз**, т. е. диагноз, учитывающий реальный удельный вес как органических изменений, так и нервно-психических наслоений у данного конкретного больного. Поэтому врач должен сочетать в себе как высокопрофессиональные диагностические навыки из области соматической медицины (приемы физикальной диагностики, умение самостоятельно толковать и применять данные лабораторных и инструментальных методов), так и психологическую чуткость вкупе с грамотностью в области медицинской психологии. Только постоянная, ежедневная тренировка и совершенствование этих двух дополняющих друг друга аспектов врачебной деятельности позволяют приблизиться к идеалу, выраженному в клятве Гиппократов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
БОЛЕЗНЬ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ	7
ПЕРВЫЙ КОНТАКТ С БОЛЬНЫМ	15
КАК РАССПРАШИВАТЬ БОЛЬНОГО	17
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ	28
БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ВЫЯСНЕНИЯ ДИАГНОЗА	34
«Неприятный» больной	58
Умиравший больной	64
«Упирающийся» больной (сопротивление выписке из ста- ционара)	72
Заболевший врач	81
Диагностика невротических расстройств в общеврачебной практике	87

Монография

Норберт Александрович Магазаник
ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

Зав. редакцией И. В. Туманова
Редактор Т. П. Клусова
Художественный редактор Д. Б. Краснобаев
Технический редактор Н. М. Клепикова
Корректор Л. А. Сазыкина

ИБ № 6119

Сдано в набор 13.07.90. Подписано к печати 04.01.91. Формат бумаги
84×108¹/₃₂. Бумага кн.-журн. офсетная. Гарнитура Литературная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,88. Усл. кр.-отт. 6,09. Уч.-изд. л. 6,54.
Тираж 100 000 экз. Заказ 1985. Цена 1 р.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина»,
101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.
170000, г. Тверь, Студенческий пер., 28. Областная типография.

· 3
· 7
· 15
· 17
НОГО
· 28
ГНОЗА 34
· 58
· 64
из ста-
· 72
· 81
рачебной
· 87

мат бумаги
тературная.
изд. д. 6,54.
«Мелница».
ография.



~~1 руб~~ М. 18. 36-00

ISBN 5-225-00435-0